

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

364

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice Georges PARRIQUE

Né le 16 mars 1906, à Paris
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT

DE

L'URÉTRITE CHRONIQUE

Président : M. LEGUEU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

498



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice Georges PARRIQUE

Né le 16 mars 1906, à Paris
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT

DE

L'URÉTRITE CHRONIQUE

Président : M. LEGUEU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT Histologie.
 MONDOB Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DEBRÉ Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 FIESSINGER .. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
 MATHIEU Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 LE LORIER ... Clinique chirurgicale.
 LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans
 chaire

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
 l'adulte pour les accidentés du travail, les muti-
 lés de guerre et les infirmes adultes.

FREY

Stomatologie.

CHAILLEY-BERT

Éducation physique.

LEDOUX-LEBARD

Radiologie clinique.

WEIL-HALLÉ.....

Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS .

*En témoignage de grande affection
et de profonde reconnaissance.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique urologique

*Qui a bien voulu me faire le grand
honneur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR G. MARION

Chirurgien honoraire des Hôpitaux.

*En remerciement de ses lumineuses
leçons, et en hommage de ma profonde
admiration.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR P. AMEUILLE

Médecin de l'Hôpital Cochin

*En témoignage de mon respectueux
attachement et de ma profonde gratitude
pour son enseignement, ses précieux
conseils et son inlassable bienveillance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage :

1924. M. le Professeur ACHARD

1925. M. le Professeur GOSSET

1925. M. le Professeur agrégé PROUST

Externat :

1926. M. le Docteur PICOT

1927. M. le Docteur PRUVOST

1928. M. le Professeur agrégé LÉRI (*in memoriam*).

M. le Professeur COUVELAIRE

1929 et 1931. M. le Professeur MARION

1930 et 1932. M. le Docteur AMEUILLE

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

M. ARMAND

R. CHAPERON

J. FALAIZE

P. LONJUMEAU

P. PARIS

Anciens internes des hôpitaux de Paris

A M. LE DOCTEUR M. BREGER

Ancien interne des hôpitaux
Ancien chef de laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis

Qui a bien voulu mettre à ma disposition son abondante documentation et m'accorder sa très utile collaboration.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT DE L'URÉTRITE CHRONIQUE

Introduction

La question de l'urétrite chronique et de son traitement a donné naissance à des travaux dont l'énumération critique serait à elle seule tout un ouvrage, sans qu'on soit encore arrivé à une thérapeutique définitive. De la somme de ces travaux accumulés se dégagent cependant quelques notions précises. Les erreurs et les vérités, les échecs et les succès permettent, les uns comme les autres, de serrer de plus en plus près le problème. Pierre à pierre, l'édifice se construit. A notre tour, nous y apportons notre contribution, heureux si nous avons pu faire œuvre de bon ouvrier.

Bien entendu, nous n'avons pas l'intention de faire ici une revue générale de la question. Nous passerons donc très rapidement sur les notions cliniques et thérapeutiques bien établies, pour nous arrêter sur celles que nous croyons sujettes à caution, ou en tous cas susceptibles de modifications et d'améliorations.

CHAPITRE PREMIER

Que faut-il entendre par urétrite chronique ?

1^o Nature de l'urétrite chronique. Ses limites.

Avant d'aborder le traitement de l'urétrite chronique, il nous paraît indispensable de bien poser le problème en commençant par rechercher ce qu'est cette affection, quelles sont ses limites et sous quelles modalités elle se présente.

Il ne faut pas confondre, comme l'a justement dit Janet, urétrite et gonococcie chroniques. Celle-ci, bien entendu, est la plus importante, mais il est évident que beaucoup d'uretrites chroniques ne sont pas gonococciques. Cela dit, nous allons définir ce que nous entendons par urétrite chronique ; nous expliquerons ensuite et nous défendrons les termes de cette définition.

« L'urétrite chronique se caractérise par une réaction urétrale purulente, atténuée et persistante, due à un agent infectieux fixé dans l'urètre, soit primitivement, soit secondairement par propagation ».

« Réaction purulente, atténuée et persistante ». Nous ne croyons pas utile d'insister, ces termes comportant en eux-mêmes leur explication.

« Due à un agent infectieux fixé dans l'urètre, soit primitivement, soit secondairement. » Ici, nous faisons intervenir comme élément capital, la *notion d'infection*.

Nous croyons en effet que *toute urétrite qui persiste sans cause traumatique permanente, évidente et bien déterminée (cause chimique ou mécanique telle que passage d'urine purulente ou lavage par antiseptiques trop irritants) est une urétrite infectieuse*.

D'autre part, dans le cas d'irritation urétrale, par lavage par exemple, la réaction purulente ne représente pas une infection chronique ; quoi qu'on en ait dit, en effet, il suffit de supprimer la cause pour voir la suppuration disparaître très rapidement et spontanément. La réaction purulente n'a donc pas là un caractère propre de chronicité : ce n'est pas une affection urétrale autonome.

En un mot, nous ne croyons pas qu'il puisse exister, de façon prolongée, une urétrite non infectieuse, simplement inflammatoire, et que la muqueuse entretiendrait d'elle-même ou sous l'influence d'une cause d'irritation minime. Pour nous, doivent être rangées parmi les urétrites infectieuses : les urétrites dites diathésiques ainsi que les urétrites purulentes aseptiques ou amicrobiennes, appelées aussi parfois urétrites simples, dont la cause ne paraît pas évidente.

Cette notion semblera peut-être bien audacieuse, et cependant les arguments ne manquent pas en sa faveur.

L'idée de l'urétrite chronique d'origine toujours infectieuse, nous l'avons acquise d'abord par la pratique. De multiples observations nous l'ont montré : nous en publierons quelques-unes, à notre avis des plus probantes. A force de voir tant de ces urétrites chroniques purulentes, la plupart ayant subi nombre de traitements, et étiquetées finalement urétrites amicrobiennes sans importance, — à force de retrouver invariablement dans ces cas toujours les mêmes lésions glandulaires, quelquefois antérieures, le plus souvent postérieures, et dont la suppression coïncidait invariablement avec la disparition complète et définitive de l'écoulement purulent, — nous sommes arrivé à cette conviction qu'il n'y avait pas là seulement simple concomitance mais bien relation de cause à effet.

Comment, alors, admettre que, dans ces cas où l'on a traité la muqueuse sur un vingtième, un cinquième ou peut-être moins encore de sa surface totale, on soit arrivé ainsi à la rendre tout entière insensible à ces causes d'irritation restées évidemment les mêmes ?

D'autres arguments, tirés de l'analogie, viennent encore confirmer cette manière de voir. Pourquoi la muqueuse urétrale se soustrairait-elle aux lois qui régissent les autres tissus de l'organisme ? Pourquoi aurait-elle des réactions différentes de celles

des autres tissus, ou mieux, des autres muqueuses ?

Qui dit polynucléaires en amas dit *pus*. Or la formation du pus en un point quelconque de l'organisme ne peut provenir que de deux causes : ou infectieuse (microbes et leurs toxines), ou traumatique (action chimique ou mécanique).

Ces notions sont établies si solidement à l'heure actuelle que, en l'absence d'une cause traumatique, une réaction purulente fait penser immédiatement à une cause infectieuse. En urologie, n'est-ce pas un principe fondamental de considérer toute pyurie comme due à un germe ? Viendrait-il à l'idée de personne, en analysant des urines recueillies par sondage urétéral et contenant du pus sans microbes, de parler d'urines purulentes et aseptiques ? Ces idées étaient possibles autrefois ; personne ne voudrait les soutenir maintenant.

N'a-t-on pas affirmé pendant longtemps la nature amicrobienne des pleurésies séro-fibrineuses dites *a frigore* ? Des travaux modernes ont montré cependant que la réaction lymphocytaire était due au bacille de Koch, par conséquent d'origine infectieuse, et qu'elle rentrait donc dans la loi commune. Que d'exemples ainsi on pourrait donner !

N'apparaît-il pas alors singulier que, dans tout l'organisme, le seul urètre fasse exception à la règle, et qu'il puisse fabriquer du pus sans raison ?

Peut-on invoquer, en second lieu, l'irritation de l'urètre par un traumatisme mécanique ou chimique, irritation qui se prolongerait ensuite d'elle-

même, une fois la cause disparue ? Mais, quand un traumatisme s'est produit sur un tissu quelconque, ne sommes-nous pas accoutumés à voir très rapidement, s'il n'y a pas d'infection surajoutée, s'opérer la réparation des tissus lésés dès la disparition de la cause ? Sur les autres muqueuses, la réaction polynucléaire disparaît en peu de temps. Qu'est-ce donc, à côté de ces faits observés par tous, qu'une urétrite soi-disant traumatique qui dure des mois ?

Pourrait-on invoquer d'autres causes d'irritation urétrale à caractère permanent, telles que la concentration des urines, ou leur trop grande acidité ou alcalinité ? Mais alors, pourquoi, invariablement dans ces cas, quelques lavages antiseptiques, beaucoup plus caustiques pourtant que l'urine, suppriment-ils pendant quelque temps une réaction purulente qui devrait au contraire augmenter avec le surcroît d'irritation ? Bien plus, ne voyons-nous pas souvent des urines, quelquefois très purulentes, de tuberculose rénale, passer pendant des mois, des années, sur la muqueuse urétrale sans que celle-ci accuse la moindre irritation ? Comment dans ces cas, prétendus non infectieux, expliquer les complications à distance que l'on voit parfois survenir ? Ainsi les cas cités par Janet d'urétrites simples totales qui se sont compliquées d'épididymite. « Ces urétrites simples, dit-il, peuvent atteindre un degré d'acuité considérable ; sans le secours du microscope, il serait radicalement impossible d'établir le diagnostic. J'ai vu des littrites se

développer sous l'influence de ces urétrites simples, des épидидymites accompagner ces urétrites. » Et cependant, plus loin, il ajoute : « Il faut se garder de les confondre avec les gononoccies latentes ou les urétrites chroniques. » Faudrait-il donc admettre l'épididymite congestive, en tous points semblable à l'épididymite infectieuse ?

Tout cela apparaît vraiment contraire à tout ce que nous savons des réactions cellulaires. Il n'y a pas de raison pour que la muqueuse urétrale réagisse et se défende différemment des autres tissus. Irritée par un traumatisme passager, elle réagira par une sécrétion purulente, pendant quelques heures, quelques jours, quelques semaines à la rigueur si le traumatisme a été violent, puis tout rentrera dans l'ordre. Cette réaction ne persistera que si le traumatisme persiste.

De même, si la réaction purulente de l'urètre est causée par un agent infectieux, décelable ou non, elle durera aussi longtemps que la cause.

Voilà tout le problème, et la conclusion pour nous en est celle-ci :

En dehors des actions traumatiques (chimiques ou mécaniques) répétées, bien déterminées et faciles à reconnaître, il n'existe pas d'urétrite prolongée, chronique, qui n'ait une origine microbienne.

Mais, dira-t-on, quel est-il ce microbe que personne ne trouve ?

Ici, nous arrivons à la question microscope et

laboratoire, et là encore, nous nous servons d'arguments tirés de l'analogie.

Tout d'abord, comment peut-on attacher au microscope et au laboratoire un tel coefficient de sécurité, qu'à l'heure actuelle, certains auteurs en sont arrivés à admettre qu'une goutte purulente amicrobienne est inoffensive ; si bien qu'ils autorisent la reprise des rapports dès que les épreuves classiques de guérison n'ont pas révélé la présence du gonocoque, et cela, malgré la persistance de filaments purulents dans les urines ? Des recherches négatives ne peuvent donner une certitude ; des signes — ne finiront jamais par donner un +.

Si nous ne trouvons pas le microbe, c'est que nos procédés d'investigation sont encore insuffisants. Pendant longtemps, on a affirmé que le bacille de Koch n'avait qu'une forme, et maintenant, on est bien forcé d'admettre qu'il existe une forme filtrante.

Plus récemment, on a fait la même découverte pour le bacille d'Eberth. Lépine pour le tréponème, Nicolle pour le spirochète de la fièvre récurrente, n'ont-ils pas été amenés à envisager l'existence de formes filtrantes ? Une thèse récente a voulu démontrer que le gonocoque vrai n'avait qu'une forme unique. Mais rien ne le prouve ; encore une fois, dix négations ne donneront jamais une certitude. Et, si nous voulons pousser plus loin le raisonnement par analogie, pourquoi refuser *a priori* aux cocci la possibilité d'avoir des formes invisibles ? Bien entendu, ceci n'est qu'une simple hypothèse, mais qui a

du moins le mérite de rendre compte des insuffisances actuelles de laboratoire vis-à-vis de la clinique. Ainsi comprendrait-on le mécanisme de ces contaminations certaines dont on ne peut arriver à retrouver l'origine exacte.

Tout ce qu'on peut dire à l'heure présente, c'est que le plus souvent le gonocoque répond à la définition classique : diplocoque encapsulé, en grain de café, ne prenant pas le Gram. Mais il peut exister des modifications : les deux éléments peuvent n'être pas égaux ; au lieu d'être parallèles, ils peuvent former un angle plus ou moins ouvert ; dans certains cas, ils peuvent même acquérir des réactions colorantes différentes de celles qui sont habituelles. Récemment, nous avons eu un malade (Observation n° 1) dont les diplocoques Gram positif au cours de plusieurs examens sur lames, devinrent Gram négatif en culture et présentèrent toutes les réactions habituelles du gonocoque.

La spermoculture, tant vantée par les uns, tant décriée par les autres, donne des résultats qui sont tout de même matière à réflexions. Sans doute, au début, l'imperfection des méthodes a-t-elle pu être cause d'erreurs et donner lieu à des statistiques impressionnantes, 80 % et même davantage de cas positifs. L'enthousiasme est maintenant tombé, et cependant les statistiques les moins favorables à la spermoculture admettent encore 3 % de cas positifs indiscutables.

Voilà donc des cas où, malgré des examens

directs répétés et faits dans toutes les conditions requises, l'on ne peut trouver de gonocoques ; et cependant la spermoculture en révèle nettement la présence. Or, il y a une coïncidence curieuse, que nous retrouverons dans toutes nos observations où la spermoculture a décelé des gonocoques, c'est que ces malades avaient tous des filaments purulents dans leurs urines.

Certes, tout cela ne tend point à prétendre que toutes les uretrites, même secondaires à une blennorragie soient gonococciques ; nous nous en sommes défendu dès le début de ce chapitre. Mais, ce que nous voulons mettre en évidence, c'est que : d'une part, toute urétrite suite de blennorragie a bien des chances d'être gonococcique, même si le laboratoire est négatif ; d'autre part, même si elle semble amicrobienne, ou qu'elle soit due à des microbes différents, il s'agit toujours d'une infection certaine, et qu'on ne doit pas négliger.

N'est-ce pas aussi l'avis de Janet ? Cet auteur, parlant des urétrites à infection secondaire, s'exprime ainsi : « Pour la femme, ces infections secondaires sont terriblement dangereuses, je dirai même aussi dangereuses que l'infection gonococcique et que leur fréquence est au moins égale sinon supérieure ».

En définitive, toute urétrite purulente doit être soignée.

2° Formes cliniques de l'urétrite chronique.

On peut distinguer deux groupes :

I. *Urétrites secondaires à une blennorragie*, et ce sont les plus fréquentes.

II. *Urétrites primitives à forme chronique d'emblée*.

I. — URÉTRITES SECONDAIRES A UNE BLENNORRAGIE.

L'exsudat est purulent, soit avec gonocoques, soit avec des germes secondaires banaux, soit amicrobien, et c'est le cas le plus fréquent.

A. *Urétrites chroniques à gonocoques.*

Le malade a présenté auparavant une blennorragie qui a été traitée ou non. Au bout de quelques temps, l'écoulement diminue, disparaît ; les urines s'éclaircissent. Seule, persiste une goutte matinale, séro-purulente ou purulente. Le malade peut mener une vie normale, ce qui n'influence que peu ou pas l'état de son urètre. Tout peut rester ainsi pendant longtemps, jusqu'à ce que, inquiet de la persistance de la goutte, il vienne consulter.

L'examen de l'exsudat, ou la centrifugation du premier verre d'urine, montre alors :

Quelques cellules épithéliales,
du pus,
des gonocoques.

Ce qui parfois complique la tâche, c'est la présence de microbes banaux, sarcines, entérocoques, colibacilles, staphylocoques, qui sont parmi les plus fréquents, d'autres encore, plus rares. En présence de ces différents germes, on ne manquera pas de répéter les examens. Le plus souvent cette méthode sera suffisante, mais dans certains cas douteux on pourra recourir à la culture.

B. Urétrites chroniques à germes banaux.

Il s'agit ici d'une invasion de la fosse naviculaire et de l'urètre par les microbes banaux du prépuce et du méat.

L'écoulement reprend, les urines se troublent à nouveau, ou des filaments lourds reparaissent. L'examen microscopique montre :

De grandes cellules épithéliales,
du pus,
des microbes, souvent très nombreux, prenant ou non le Gram, appartenant au type coccus, bactérie, bacille.

On doit traiter cette urétrite sans retard, sous peine de lui voir envahir la profondeur de la muqueuse, exposant ainsi à des complications aussi graves que la blennorragie elle-même. Il suffira pour cela de faire des lavages à l'oxycyanure de mercure ou au nitrate d'argent.

Cette forme d'urétrite est d'ailleurs assez rare. On la voit apparaître dans les quelques jours qui suivent la cessation des lavages au permanganate : mais elle survient surtout quand ces derniers ont été négligés ou mal faits, ou que le canal a subi des manœuvres brutales ou intempestives.

C. *Urétrites chroniques amicrobiennes.*

C'est la forme la plus fréquente ; c'est aussi la plus inquiétante pour le malade et pour le médecin par sa ténacité et sa tendance à la récurrence.

Elle survient, soit immédiatement après la blennorrhagie, pendant la période d'expectative ou même après les épreuves de guérison, soit après une des deux formes d'affections précédemment décrites. *C'est cette forme que certains auteurs appellent urétrite simple*, et considèrent comme justiciable d'un traitement purement anodin ou même comme négligeable.

Elle se manifeste par un suintement très léger, souvent par une simple goutte, rarement par un écoulement abondant.

Au microscope, on voit :

des cellules épithéliales,
du mucus,
du pus — en quantité variable.

On ne constate la présence d'aucun microbe ; et, fait plus important encore, si l'on répète ces exa-

mens, après épreuve de bière, après rapports même, on n'en trouvera pas davantage.

Certains auteurs attribuent cette urétrite à l'irritation du canal par le passage de l'urine, l'épithélium de revêtement ayant été altéré par le gonocoque et les antiseptiques.

On se demande alors pourquoi cette simple urétrite d'irritation, — urétrite chimique, pour tout dire, puisque le permanganate doit être incriminé autant que le gonocoque dans les lésions épithéliales, — aurait attendu plusieurs jours, parfois jusqu'à une quinzaine, pour se manifester.

Il paraît singulier, à l'examen, de voir un organe même congestionné, irrité par le produit dont il a physiologiquement la charge. Notre avis personnel est que ces urétrites sont, comme les autres, d'origine infectieuse.

II. — URÉTRITES PRIMITIVES A FORME CHRONIQUE D'EMBLÉE.

On peut distinguer ici deux formes : l'une à microbes banaux, l'autre amicrobienne.

A. *Urétrites à microbes banaux.*

Le malade présente une goutte matinale, parfois quotidienne, parfois intermittente. Si la muqueuse urétrale est normalement résistante à ces germes banaux, elle peut devenir réceptive sous diverses influences : les microbes normaux du vagin ont vu

leur virulence augmentée, notamment avant, pendant et aussitôt après les règles, — ou bien la résistance de la muqueuse uréthrale a diminué, par suite d'excès de toute nature, ou bien d'atteintes infectieuses antérieures.

Un symptôme se voit constamment alors : ce sont des filaments lourds, où l'examen microscopique décèle :

du pus,
des cellules épithéliales,
des microbes dont l'identification serait
longue, difficile, et surtout inutile.

Insignifiantes par leurs causes, ces urétrites n'auraient par elles-mêmes que peu de gravité. Il importe cependant de les traiter, en raison de leurs complications possibles, aussi redoutables que celles de l'urétrite secondaire chronique.

B. *Urétrite amicrobienne.*

C'est celle qu'on appelle aussi urétrite simple d'emblée. L'aspect clinique est exactement celui de l'urétrite aseptique que l'on voit se développer à la suite d'une blennorragie. Mais, si pour cette dernière, l'étiologie est certaine, on a énuméré des causes variées qui peuvent provoquer l'urétrite chronique d'emblée.

a) Tentatives de prophylaxie mal réglées, soit par leur fréquence, soit par un défaut de technique ;

produit antiseptique non approprié, injections mal faites, etc. ;

b) Excitations sexuelles non satisfaites (*Urethrorrea ex libidine* des Allemands) ;

c) La condensation ou la modification chimique des urines chez les individus sujets à de grandes transpirations, exposés à une chaleur vive, ou encore atteints d'une affection aiguë quelconque, telle que grippe ou pneumonie ;

d) Les excès de table ou de boisson (*Biertripper* des Allemands). Ces deux dernières causes peuvent d'ailleurs particulièrement se combiner ;

e) Fatigue génitale, coït trop répété, prolongé ou accompagné d'excès de table ;

f) Changement de femme, ou coït pendant les règles ou immédiatement avant ou après. On a même cité des observations où certaines femmes auraient provoqué tantôt une blennorragie, tantôt une urétrite simple ;

g) Les traumatismes de l'urètre, soit extérieurs, soit internes.

Ces urétrites peuvent atteindre un degré d'acuité considérable. L'écoulement, souvent réduit à une goutte matinale, devient parfois d'une abondance telle que, sans microscope, on serait exposé à diagnostiquer une blennorragie. En effet, que voit-on ? Du mucus, en plus ou moins grande quantité, et du pus, sans microbes.

Nous avons plus haut exprimé notre opinion sur les agents chimiques ou mécaniques : ils ne sont

pas capables de provoquer une urétrite chronique. L'urétrite dite simple d'emblée est toujours d'origine infectieuse.

L'étiologie permet de distinguer deux formes cliniques : l'une d'origine ascendante, l'autre d'origine descendante.

La première semble la plus fréquente. C'est l'urétrite vénérienne, sur laquelle il est inutile d'insister.

La seconde est due à une infection locale sus-jacente : infection vésicale violente ou prolongée, et surtout certaines pyélonéphrites à colibacilles ou à staphylocoques. Les décharges microbiennes infectent la vessie, spécialement le col, puis l'urètre postérieur et la prostate ; elles peuvent enfin gagner l'épididyme.

Ici l'hésitation est permise, et on serait souvent tenté de dire urétrite chronique amicrobienne primitive. Il est en effet très rare de constater l'agent causal dans les filaments ou dans le culot de centrifugation de l'urine. Généralement, on ne trouvera que du pus. Il faudrait pour observer le microbe, la coexistence de la pyélonéphrite et de l'urétrite. Mais souvent, l'affection rénale a été muette ou ne s'est traduite que par de vagues symptômes étiquetés grippe ; la cystite a été fugace ou absente ; enfin l'urétrite constituée se met à évoluer pour son propre compte.

Tout s'assemble pour qu'elle soit jugée primitive. Fréquemment, son origine ne sera décelée qu'au

cours de poussées subaiguës de cette pyélonéphrite : l'examen des urines pendant une période d'acuité plus vive permettra de trouver le colibacille et de rapporter l'atteinte urétrale à sa véritable cause.

Au point de vue thérapeutique, c'est l'élément capital : la guérison locale ne s'obtiendra et surtout ne se maintiendra qu'au prix de la désinfection du rein, en évitant ainsi la réinoculation permanente de l'urètre postérieur.

Encore une fois, toutes ces formes, secondaires à une blennorragie ou primitives en apparence, présentent un facteur commun : c'est le pus. La présence de ce pus dans les filaments ou dans le sperme, à l'examen microscopique, doit absolument entraîner un traitement aussi énergique que celui d'une blennorragie de 24 heures.

« Traitement énergique », pour nous, ne consiste pas plus à répandre des torrents d'antiseptiques qu'à utiliser tout un arsenal d'instruments à branches multiples. Il s'agit tout simplement de rechercher les points d'où provient le pus, de les trouver, de les détruire. Abandonnée à elle-même, l'affection provoquera ses lésions définitives et redoutables ; bien souvent elle entraînera la contamination de la femme.

En résumé, quelle que soit la forme d'urétrite que présente le malade, urétrite post-gonococcique avec ou sans microbes, urétrite d'évolution chronique d'emblée, elles sont toutes dominées par la notion d'infection. On doit supposer l'existence

d'un microbe, gonocoque ou autre, et, dans l'impossibilité où nous sommes le plus souvent d'en faire la détermination précise, toutes ces urétrites doivent être traitées.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Les lésions des différentes tuniques sont les mêmes dans toutes les portions de l'urètre, à l'exception des glandes, dont la structure, et surtout la disposition, varient suivant les régions. Signalons tout de suite l'importance des glandes périurétrales de la région prostatique, dont l'infection est la cause de la persistance des urétrites chroniques rebelles.

I. — LÉSIONS DE LA MUQUEUSE.

A. Epithélium.

Si l'infection n'est pas trop ancienne, on voit les cellules cylindriques proliférer, tout en gardant leur forme. En outre, il existe une infiltration leucocytaire intra et sous-épithéliale.

Puis, plus tard, à mesure de l'évolution des lésions, ces cellules s'aplatissent, deviennent cubiques et commencent à se stratifier. En même temps, le protoplasme devient moins transparent.

le noyau diminue et la difficulté de coloration augmente.

Enfin, les cellules devenant de plus en plus plates, prennent l'aspect pavimenteux ; les couches superficielles se kératinisent et se transforment en cellules malpighiennes. La muqueuse a pris alors la structure de la peau.

B. *Tissu conjonctif.*

Dès le début de l'affection, le tissu conjonctif est le siège d'une infiltration banale, qui, avec les lésions épithéliales, réalise l'infiltration molle.

La congestion des vaisseaux est assez marquée, pouvant aller jusqu'à la prolifération. Si ces néoformations se dirigent vers la lumière de l'urètre, on peut avoir des végétations épithéliales ou de véritables papillomes.

Plus tard, le tissu fibreux proliférant à son tour, étouffe les vaisseaux, parfois même les oblitère : c'est la première étape vers le rétrécissement.

Si, au contraire, l'infection s'éteint rapidement, l'infiltration disparaît, et le tissu conjonctif reprend son aspect normal.

II. — LÉSIONS DU CORPS SPONGIEUX.

Au cours de son infection, le corps spongieux est le siège d'une infiltration conjonctive plus ou moins prononcée. Tous les éléments du tissu sont

atteints, produisant un épaissement des travées interaréolaires. Les vaisseaux, eux, sont le siège d'une inflammation intense, avec infiltration des parois.

Halle et Wassermann ont montré que, si l'infiltration conjonctive enserre, puis envahit successivement les différents éléments du tissu, on aboutit à la formation d'un rétrécissement, le passage étant insensible des lésions de l'urétrite chronique à l'infiltration dure.

III. — LÉSIONS DES GLANDES.

Les lacunes de Morgagni présentant la même constitution que la muqueuse, offrent les mêmes lésions histologiques.

Les glandes proprement dites sont atteintes par l'infection qui vient de la surface de l'urètre, gagnant de proche en proche par le canal excréteur.

L'épithélium infecté prolifère ; le chorion est le siège d'une infiltration embryonnaire. Mais il arrive parfois que le canal excréteur oblitéré provoque de la rétention dans l'acinus sus-jacent. Si l'infection parvient jusqu'à lui, il se transforme en un petit kyste, ou un abcès miliaire.

Autour des glandes, se développe une infiltration, d'abord périacineuse, puis, gagnant le canal excréteur, facilitant la rétention des produits d'excrétion, qui ne se déversent dans le canal qu'à de longs intervalles.

Les glandes pénètrent jusque dans le corps spongieux, y apportent l'infection, et contribuent par leur sclérose à la création de rétrécissements.

Les lésions que nous venons de décrire sont celles que l'on observe sur toute la longueur de l'urètre, dans ses différentes tuniques, et en particulier dans la portion antérieure. L'urètre membraneux et l'urètre prostatique offrent quelques différences dues surtout à la situation des glandes.

Pour Finger, les lésions de l'urètre membraneux, sont rares ; il les a décrites deux fois sur trente-deux. Elles consistent dans les lésions épithéliales et l'infiltration sous-muqueuse banales.

L'urètre postérieur présente les mêmes lésions de l'épithélium et de la couche conjonctive, avec congestion des vaisseaux, produisant un œdème parfois considérable, que l'on voit facilement à l'uréthroscopie.

Les orifices excréteurs des glandes peuvent s'oblitérer, formant alors des kystes, que l'on ne confondra pas avec les bulles d'œdème produites par la congestion.

Ces glandes, pour la plupart, sont des glandes sous-muqueuses de la région sus-montanale.

Noguès a montré en effet, qu'il y avait peu de glandes de Littre dans l'urètre prostatique, et que l'infection persistant malgré le traitement, décelée par la présence de filaments dans l'urine, est l'indice d'une atteinte de la prostate, et nous ajoute-

rons : ou des glandes péri-urétrales ou des deux à la fois.

Il nous est arrivé fréquemment, en effet, de voir des malades chez qui — l'urètre antérieur incontestablement guéri, la prostate ne manifestant aucun signe d'infection — les filaments persistaient, puis disparaissaient à la suite de la coagulation diathermique élective des glandes péri-urétrales.

Les néoformations vasculaires peuvent en outre former des productions papillomateuses, mais des recherches récentes semblent prouver que les polypes vrais sont beaucoup plus rares qu'on ne le prétend. Le plus souvent, ce sont simplement des fragments de muqueuse desquamée, augmentant de volume du fait de l'infiltration.

CHAPITRE III

Examen du malade.

Autant que dans les autres domaines de la pathologie, il est ici nécessaire d'interroger le malade sur ses antécédents généraux et surtout locaux. Les questions devront faire préciser les atteintes urétrales antérieures, leur acuité plus ou moins vive, les résultats des examens bactériologiques qui auraient pu être pratiqués, la durée d'incubation de chaque atteinte, leur évolution, le traitement suivi, le mode de guérison au moins apparente.

Les blennorragies antérieures sont d'une importance considérable, en raison de l'infection de l'urètre postérieur, infection presque fatale. si, comme il arrive trop souvent, le malade a commencé par se soigner lui-même.

On terminera par l'interrogatoire sur l'état actuel début des phénomènes chroniques continuant une poussée aiguë, ou au contraire, début insidieux après une phase de latence plus ou moins longue ; traitements antérieurs et date des dernières tentatives thérapeutiques.

On passera ensuite à l'étude des symptômes, sou-

vent minimales présentées par le malade. Celui-ci vient consulter uniquement parce que ses urines contiennent des filaments, ou en raison de la goutte matinale constante ou intermittente. Plus rarement, ce qui amène le malade, ce sont des douleurs — périnéales, urétrales, rectales, pelviennes — ou encore des modifications des mictions qui deviennent plus fréquentes ou impérieuses. Plus que la pollakiurie diurne, c'est l'apparition des mictions nocturnes, au nombre de deux ou trois, souvent pressantes, qui attire l'attention du sujet, en même temps qu'elle l'inquiète.

La présence de douleurs profondes, les troubles génitaux qui peuvent se manifester, la modification des mictions sont autant de signes qui doivent faire penser à une urétrite postérieure. Mais leur absence ne doit pas faire écarter ce diagnostic : l'urétrite antérieure isolée est rare. Chez tous les malades que nous avons eu à examiner, bien peu présentaient des troubles fonctionnels, et cependant l'urètre postérieur était infecté ainsi que le montrait l'urétroscopie ultérieure.

Enfin on examinera l'état général : on passera rapidement sur les différents appareils dont les fonctions sont, généralement, normales. On notera cependant que le moral des malades est fréquemment atteint. Parfois même leur psychisme se cristallise sur leur affection urétrale et aboutit à une sorte d'hypochondrie dont on a les plus grandes peines à les tirer.

On passe ensuite à l'examen local. Le malade n'aura pas uriné depuis trois heures au moins.

Après un nettoyage rapide du gland, on écarte les lèvres du méat, et on prélève la goutte qui peut s'y trouver. Parfois véritable écoulement ; elle peut être réduite à une simple humidité qui colle à peine le méat. On prépare plusieurs lames, que l'on examine immédiatement, après coloration au bleu de méthylène et suivant la méthode de Gram.

On fait alors uriner le malade dans deux verres. Le premier sert à recueillir le premier jet d'urine, le second, le reste de la miction.

Normalement, les urines sont absolument limpides. Certains auteurs ont cru pouvoir décrire des filaments normaux, courts, très fins et ténus comme des cheveux. Or, si on verse de l'eau distillée dans un verre séché au préalable, on constate la présence de ces mêmes filaments. D'autre part, si on rince abondamment les verres avant de les remettre au malade, et qu'on les lui donne sans les essuyer, le point est important, on en constate l'absence. A notre avis, ces filaments dits normaux sont simplement de la peluche détachée de la serviette utilisée pour sécher le verre.

Les urines, suivant les cas, peuvent être :

troubles,
floconneuses
ou claires avec filaments.

Troubles. — On essaiera de les éclaircir par

l'acide acétique qui éliminera carbonates et phosphates.

Floconneuses. — Ce dépôt est provoqué, le plus souvent, par du mucus et des débris épithéliaux.

Clares. — Et c'est le cas le plus fréquent. Elles présentent alors des filaments. Les uns sont légers, flottant dans le liquide, souvent ramifiés : ce sont des filaments muqueux. Les autres sont gros, épais, plus ou moins courts, tombant au fond du verre : ce sont des filaments purulents. De l'examen de leur forme, on ne peut rien tirer. Les auteurs classiques voulaient en déduire la provenance. C'est là, nous semble-t-il, une erreur, car n'importe quelle forme de filament peut provenir de n'importe quelle partie de l'urètre.

Classiquement, on attache un grand intérêt à la comparaison du contenu des verres d'urine, pour la localisation de l'infection :

Premier verre trouble ou contenant des filaments, deuxième verre clair, signifierait urétrite antérieure.

Premier verre trouble ou contenant des filaments, deuxième verre trouble ou filamenteux, signifierait atteinte de l'urètre postérieur et de la prostate ; le pus issu de ceux-ci aurait forcé le sphincter lissé et pénétré dans la vessie, troublant la totalité de l'urine.

Mais, si l'infection de l'urètre postérieur donne

peu de filaments purulents, le premier jet d'urine balayera toute la longueur du canal et le deuxième verre sera limpide. Pour nous, la présence de filaments dans le premier verre signifie urétrite, sans qu'on puisse de ce seul fait localiser exactement l'infection.

Examen histo-bactériologique.

On recueillera quelques filaments lourds sur une lame. Si les urines sont troubles, on les centrifugera pour en faire immédiatement l'examen histo-bactériologique.

Sur les différentes lames, on pratiquera des colorations au bleu de méthylène et suivant la méthode de Gram. On constatera la présence de mucus, de cellules épithéliales, de pus, parfois de microbes, gonocoques, staphylocoques, colibacilles.

Si l'on ne trouve pas de microbes, on répètera les examens ; mais le plus souvent, une goutte amicrobienne le demeure, malgré tous les procédés de réactivation.

Examen clinique.

Il n'est pas indispensable de savoir à tout prix s'il y a ou non des gonocoques. La question est tout à fait autre : s'il existe des microbes, sont-ils ou ne sont-ils pas virulents ?

Si l'examen microscopique décèle des germes, ou

sion relève dans les antécédents une poussée aiguë peu éloignée, on fera un lavage total de l'urètre avec une solution de nitrate d'argent à 5 ou 10 centigrammes pour un litre d'eau. Sans autre exploration ce jour-là, on recommande au malade de revenir le lendemain.

A ce moment, si les urines sont claires, si la goutte n'a pas augmenté, on pourra pratiquer l'examen instrumental de l'urètre suivant les procédés classiques. Si au contraire, l'écoulement a augmenté, si les urines se sont troublées on reviendra au traitement de l'urétrite aiguë : lavages au permanganate, etc.

L'examen instrumental sera complété par le passage d'un béniqué, n° 45 à 48 pour s'assurer : 1° de la perméabilité du canal en cas d'arrêt de l'explorateur de Guyon par un spasme ; 2° des possibilités de modifications des parois du canal, lithrite ou induration.

On pratiquera alors un lavage antiseptique léger, dont on laissera une partie dans la vessie pour reconnaître l'état de la prostate et des vésicules séminales par le toucher rectal. L'examen de ces dernières est d'ailleurs d'un intérêt médiocre ; elles ne sont jamais atteintes isolément.

On terminera par un massage léger de la prostate, mais cependant suffisant pour exprimer le contenu de la glande dans la vessie. C'est en effet nécessaire, car le toucher rectal seul est insuffisant pour reconnaître les prostatites folliculaires ou glandu-

laïres qui ne donnent pas de noyaux douloureux à la pression ou modifiant la consistance de la glande. L'expression, au contraire, la vide en partie. Le malade urinant alors, on peut recueillir les filaments, s'il en existe, ou centrifuger le liquide, s'ils sont absents. On fera ensuite l'examen microscopique.

Les glandes de Cooper seront explorées au cours du toucher rectal suivant le mode habituel. On n'oubliera pas de palper les canaux déferents, les epididymes et les testicules, pour relever des atteintes antérieures possibles de l'infection.

A notre avis, il est inutile de faire à ce moment une uretroscopie : nous considérons en effet que cette intervention doit être non seulement exploratrice et diagnostique, mais encore et surtout thérapeutique. De la simple exploration on ne peut attendre que la localisation des lésions et leur classification anatomo-pathologique. Or, des très nombreux examens de malades que nous avons pratiqués, nous pouvons dès à présent affirmer que : Dans la moitié des cas au moins, les lésions importantes de l'uretrite chronique siègent dans l'urètre prostatique et, lorsque l'uretrite est tenace, il s'agit presque toujours d'atteintes de la région sous-montanale.

En effet, chez un malade venu consulter pour uretrite chronique banale avec présence de filaments dans le premier verre d'urine seul, bien souvent la coagulation des kystes et des végétations

de l'urètre postérieur seul, amène la disparition, au moins temporaire, de ces filaments. Cela, bien que l'urètre antérieur n'ait pas été intéressé par le traitement. On peut le vérifier, comme nous l'avons fait nous-même chez de nombreux malades, si, préalablement à toute intervention endoscopique, on a soin de dilater suffisamment le canal, avec quelques lavages antiseptiques. Ce traitement, bien que paraissant anodin, est suffisant dans la majorité des cas, pour l'urétrite antérieure.

Résultats de l'examen.

Après avoir examiné le malade, on arrivera donc à poser le diagnostic de prostatite ou urétrite chroniques ou des deux réunies. L'urétrite est peut-être totale, presque certainement postérieure, et devra être traitée comme telle.

Traitement.

En quoi consistera le traitement ? On peut considérer le traitement local et le traitement général.

Ce dernier devra tendre à remonter l'état général, et surtout le moral du malade presque toujours très touché. Le plus souvent en effet, l'affection remonte assez loin dans le passé, et le patient est fréquemment découragé par les traitements déjà suivis en vain.

On ne peut guère attendre d'effet, dans ces cas chroniques, des vaccins. Utiles à la phase aiguë, et surtout en cas de complications, ils ne nous ont donné que des résultats fort médiocres, pour ne pas dire nuls dans les formes chroniques. D'ailleurs, il ne peut guère en être autrement, si on considère les vaccins actuels. Ils ne peuvent, sauf dans quelques rares cas, venir seuls à bout de l'infection aiguë, et on doit avoir recours au permanganate. Comment espérer alors vaincre avec leur seule aide les microbes qui ont pris leur forme de résistance et qui se sont, en quelque sorte, enkystés ?

Que dire des dérivés de l'acridine ? les mêmes objections se posent. Si les flavines seules ne peuvent vaincre la blennorrhagie aiguë, on ne peut compter sur une désinfection parfaite de l'urètre chroniquement infecté. De plus, on a décrit de nombreux accidents, parfois fort graves — ictères, néphrites — consécutifs à leur emploi par voie intra-veineuse. M. E. Chauvin a encore rapporté récemment un cas de mort rapide par œdème aigu du poumon, consécutive à une injection de 5 cmc. de tryptaflavine à 2 %.

Si donc on croit devoir utiliser un médicament général, on devra se servir d'un vaccin, de préférence un auto-vaccin, mais rejeter absolument la tryptaflavine et ses dérivés.

Le traitement local est, bien entendu, le plus important ; c'est celui sur lequel devra porter tout

l'effort. Il doit, pour nous, consister essentiellement en :

Dilatation.

Massages de prostate, auxquels on associera la Diathermie.

Lavages.

enfin urétroscopie, mais seulement après la dilatation et les massages. Il serait vain, en effet, de vouloir guérir l'urétrite chronique, si auparavant, on n'avait traité la prostate, foyer infectieux permanent, qui risque de réinfecter constamment l'urètre.

Nous allons examiner successivement ces différents stades du traitement.

CHAPITRE IV

La dilatation.

Tout d'abord, et au risque de sembler révolutionnaire, nous nous risquons à ne pas suivre entièrement les règles édictées par Motz. -

Avec lui nous sommes d'accord pour ne pas pratiquer de dilatation sur un malade présentant des urines troubles. Il est nécessaire de les éclaircir au préalable par quelques lavages. Mais nous ne croyons pas, comme lui, qu'il soit indispensable de faire la dilatation à vessie pleine.

On utilise cette technique afin d'éviter les risques d'infection. Or, si on fait un lavage avant la dilatation, on ne pourra employer qu'un liquide de faible concentration ; autrement, le malade éprouve des épreintes, des envies d'uriner très vives, fort désagréables pour lui, préjudiciables pour l'urètre et surtout pour la vessie qui n'a aucun besoin d'un antiseptique ; en outre, l'opérateur sera gêné pour l'introduction du béniqué par le spasme du sphincter que le patient contracte pour essayer de retenir le liquide.

D'autre part, le passage des antiseptiques, et notamment le nitrate et le permanganate, a pour

effet de diminuer le calibre du canal. Là où on aura passé facilement le 48 béniqué avant le lavage, on aura peine à glisser un 46 après.

Si au contraire on fait la dilatation à vessie vide, le béniqué passe aisément. Les risques d'infection ne sont pas augmentés ; ils sont même diminués, puisqu'on peut alors faire un lavage de concentration plus forte, le liquide ne séjournant pas plus d'une ou deux minutes dans la vessie. Par conséquent, diminution de la douleur — moins d'irritation vésicale — moins de dangers de complications..

Que si l'on objecte des raisons théoriques, nous pourrions répondre par une statistique réunissant un assez grand nombre de cas : depuis cinq ans, nous avons vu pratiquer ainsi, ou nous avons pratiqué nous-même de huit à dix mille dilatations sans avoir observé plus de trois ou quatre épididymites

De même, nous préférons effectuer systématiquement une anesthésie locale du canal. Cette pratique supprime la douleur de la dilatation et aussi l'appréhension qui, chez les malades pusillanimes, n'est pas pour faciliter le passage des instruments, en raison de la contracture psychique, pourrions-nous dire, du sphincter. Le malade, qui n'aura pas souffert à la première séance de dilatation, sera bien plus docile pour les explorations suivantes.

Nous pratiquons cette anesthésie par une injection de novocaïne dans le canal, en utilisant la seringue de Janet toute en verre, de 10 centimètres cubes.

La solution employée est une solution de novocaïne à 2 % dans l'eau distillée, sans adjonction d'adrénaline. On en injecte au moins deux seringues, parfois trois, en mettant un intervalle de quelques minutes entre chaque injection, de sorte que le contenu de la première ait eu le temps d'insensibiliser l'urètre postérieur quand la seconde et la troisième pénètrent jusque dans la vessie.

Si l'on prend soin d'injecter très lentement le liquide, en se gardant de distendre le canal, une anesthésie suffisante sera obtenue au bout d'une dizaine de minutes.

Les risques d'accidents, et même d'incidents sont nuls : sur plus de vingt mille insensibilisations pratiquées suivant cette technique, même sur des urètres très enflammés ou saignants, nous n'avons observé que deux ou trois fois quelques légères sensations lipothymiques, dissipées après quelques minutes de repos.

Pour la dilatation, on a le choix entre le béniqué et la bougie dite en gomme. Si, pour les rétrécissements, on peut utiliser indifféremment l'un ou l'autre, nous donnons, pour l'urétrite chronique, la préférence au béniqué.

Les bougies, pour produire leur effet, doivent être rigides dans leur axe, et incompressibles. En même temps elles doivent garder une certaine souplesse pour leur permettre de suivre les différentes courbures du canal. En raison de la rigidité et de la forme rectiligne de l'instrument, les ris-

ques de fausse route sont donc plus considérables.

On utilisera, par conséquent, les béniqués, aussi faciles à introduire que les bougies, et moins traumatisants pour la muqueuse. Le modèle de Janet est ici inutile, son emploi devant être réservé à la cure du rétrécissement.

Si le sphincter du malade présente un spasme tant soit peu prononcé, il ne faudra pas hésiter à recourir au béniqué conduit. Dans ce cas, on commencera par introduire, après anesthésie préalable, une filiforme sur laquelle on vissera un béniqué ordinaire. On veillera à ce que la bougie poussée par l'instrument ne se replie pas dans le canal. On s'en apercevra à l'arrêt de la progression et, en palpant l'urètre, on sentira la bougie repliée.

Suivant la tolérance du canal, on fera deux ou trois séances de dilatation par semaine, en commençant par un numéro moyen, de 45 à 48. A moins de sensibilité particulière de l'urètre, on pourra passer les béniqués de deux en deux numéros, mais en ayant soin de ne pas en passer plus de deux par séance, et en prenant à la séance suivante le numéro le plus élevé de la précédente.

Si le canal présentait une hémorragie, même légère, ou que le malade ait éprouvé le lendemain quelques sensations douloureuses, il serait préférable, lors de la dilatation suivante, de ne pas augmenter le calibre des cathéters, ou tout au plus d'un numéro.

On poussera ainsi la dilatation jusqu'à un numéro

aussi élevé que possible. Il faut atteindre 54 ou 56 au moins et ne pas hésiter à monter à 60 si on le peut. Si le méat étroit ou même punctiforme est un obstacle, il est indispensable de pratiquer une méatotomie.

Nous ne pensons pas utile d'avoir recours aux dilateurs extensibles de Kollmann et similaires. Droits ou courbes, ils sont inutiles ou dangereux. Ne faisant pas porter la dilatation sur toute la circonférence de l'urètre, ils risquent d'être traumatisants pour les points en contact avec les branches. Ils provoquent aisément des urétrorragies; et nous ne parlerons pas des dégâts plus graves qu'ils peuvent causer dans l'urètre postérieur.

En résumé :

Dilater à vessie vide.

Anesthésier le canal.

Commencer à 45-46, finir à 56-60.

Utiliser des béniqués.

Jamais d'instruments extensibles.

On terminera par un lavage antiseptique d'un litre environ. Le liquide passe facilement, en raison de l'anesthésie et de la dilatation préalables. Ce sera un lavage uréthro-vésical, au cours duquel on aura soin de faire uriner le malade à deux ou trois reprises.

Quel antiseptique employer ? Nous avouons nos préférences pour le nitrate d'argent, quoi qu'en aient dit certains auteurs qui lui reprochent de provoquer de l'argyrose et d'aider à la transformation

de l'épithélium cylindrique ou épithélium plat stratifié. Il en résulterait un double inconvénient : desquamation interminable, conservation des foyers microbiens.

Nous ne pensons pas pouvoir nous associer à cette opinion. Depuis des années, nous employons le nitrate, et il nous a paru absolument inoffensif, à condition de l'utiliser à doses faibles : 5 à 10 centigrammes par litre, 20 au plus.

Pour rendre plus facile le dosage, on emploiera une solution mère à 1 % : 10 grammes de nitrate cristallisé pour 1 litre d'eau distillée. Un centimètre cube de cette solution correspond à 1 centigramme de produit actif. On n'aura donc qu'à mesurer dans une éprouvette graduée le volume de solution nécessaire. Ce procédé est plus commode que celui du calcul des concentrations. Il suffit de savoir une fois pour toutes, que 10 centimètres cubes de cette solution dans 1 litre d'eau donnent une solution au dix millième.

Le lavage qui suit la première séance de dilatation doit être faible, 5 centigrammes pour 1 litre, au plus. Suivant les réactions du malade, on restera à la même dose, ou on augmentera de 1 ou 2 centigrammes à chacune des séances suivantes.

Pour pratiquer ces lavages, l'eau distillée est inutile ; on prendra de l'eau ordinaire. Il se produit, en versant le nitrate, un précipité plus ou moins abondant de chlorure d'argent, suivant la richesse en chlore de l'eau utilisée. Mais la quantité de nitrate

détruite est insignifiante; il résulte des dosages effectués avec l'eau de Paris, même javellisée, que la quantité de sel décomposée est de 1 ou 2 centigrammes seulement par litre. Sur une dose moyenne de 12 à 15 centigrammes, c'est une proportion négligeable, si l'on considère la simplification de matériel et de technique que cela permet.

Nous préférons le nitrate à l'oxycyanure de mercure et au permanganate de potassium, parce que, dans la majorité des cas observés, il nous a semblé être un désinfectant mieux approprié, étant donnés les résultats obtenus.

Par contre, nous rejetons absolument les instillations de nitrate. Outre qu'elles ne dispensent aucunement du lavage à la suite de la dilatation, elles constituent une méthode aveugle et très douloureuse pour le patient.

Aveugle. — La solution de nitrate étant déposée goutte à goutte à l'aide de l'instillateur et de la seringue de Guyon, le liquide se répand rapidement et s'écoule en grande partie dans la vessie, parfois dans l'urètre antérieur.

Douloureuse. — Si l'on commence les instillations à 1/200 ou 1/500, comme on le conseille généralement, le malade éprouve des douleurs très vives, des épreintes fort pénibles, pendant plusieurs heures, parfois même pendant une demi-journée. Pour tout dire, c'est le plus sûr moyen de lui faire abandonner tout traitement.

Ce sont là de graves inconvénients, pour un bénéfice au moins aléatoire.

Pour ces motifs, il est de beaucoup préférable, à notre avis, de pratiquer les lavages avec les précautions que nous avons indiquées. En outre, pour éviter au malade toute sensation pénible, on lui recommandera de retarder de 2 ou 3 heures la première miction après la séance de traitement.

CHAPITRE V

Traitements de la prostatite et de la vésiculite chroniques.

Ce traitement consiste essentiellement en massages, qui agissent : soit en évacuant le contenu de la prostate et des vésicules dans les formes glandulaires de l'infection ; soit comme modificateur dans les formes interstitielles ou parenchymateuses. Dans ce dernier cas, le massage agit en provoquant une certaine congestion de l'organe et en augmentant la diapédèse leucocytaire.

D'ailleurs cette question a été traitée d'une façon très précise et très complète dans le travail récent de Dossot et Palazzoli.

Nous nous contenterons de nous inspirer de leur ouvrage, en y ajoutant cependant quelques détails, que nous avons eu l'occasion de constater personnellement.

Le massage doit toujours s'effectuer à vessie pleine. On peut le faire dans la même séance que la dilatation et à la suite de celle-ci. Cette méthode

simplifie considérablement le traitement, et ne porte aucun préjudice au malade. Il suffit, après la dilatation, de pratiquer un lavage et de faire uriner le patient puis de remplir à nouveau la vessie.

On prendra les précautions d'usage : les premiers massages seront faits en appuyant faiblement et sans prolonger au delà de trente secondes. On augmentera progressivement la force et la durée du massage. On l'étendra à toute la surface de la glande, en appuyant un peu plus sur les noyaux de prostatite qu'on pourra sentir. On ne négligera pas le bec de la prostate et les angles supérieurs qui sont souvent omis et où se cantonne alors l'infection.

Au sujet des vésiculites chroniques, il n'est que peu de choses à dire. En effet, il est rare que les vésicules soient infectées isolément, plus rare encore qu'elles donnent une symptomatologie particulière. Le plus souvent, la vésiculite, si tant est qu'elle existe comme affection autonome, ne fait qu'accompagner une prostatite, et se traite exactement de la même façon. Il nous semble excessif, en effet, d'avoir recours à des moyens aussi énergiques que le cathétérisme des canaux éjaculateurs, ou l'ouverture du canal déférent, pour pratiquer le lavage de l'organe et nous nous rangeons à l'avis de M. Janet sur ce sujet (J. Janet, *Diagnostic et traitement de la blennorragie*, pages 392-393).

Si les massages ramènent une suppuration abondante, on aura soin de diminuer la force déployée au cours de l'intervention. Dans tous les cas, on ne

prolongera pas au delà d'une minute le massage, qui commencerait à devenir douloureux, ce qui ne doit jamais se produire, pour éviter de propager l'infection à l'épididyme, ou de provoquer la formation d'un abcès prostatique.

Quel nombre de massages faire ? Il est très variable ; on ne doit les cesser que lorsque l'expression prostatique ne ramène plus rien. Cela peut nécessiter six, dix, quinze massages, parfois plus. En général, au bout de six ou huit, on ne constate plus dans le liquide après la miction que la présence de desquamation simple.

Si, au contraire, huit ou dix massages ont été insuffisants, soit à faire disparaître les noyaux prostatiques, soit à supprimer les filaments purulents dans le liquide, il sera préférable alors de leur associer l'action des agents physiques.

Ce qui donne les meilleurs résultats, c'est la diathermie. On fait, trois fois par semaine environ, une séance d'au moins vingt minutes. Il serait préférable de prolonger même : 40-50 minutes ne sont pas des durées excessives. Pour rendre possibles d'aussi longues applications, il faudra ne pas faire circuler un courant trop intense. Au début, on se bornera à 900-1200 milliampères ; au bout de dix à quinze minutes, on augmentera progressivement jusqu'à 1500 ou 2000 milliampères, en ayant soin toutefois de diminuer l'intensité en cas de sensations d'épreintes ou de crampes.

Le matériel à utiliser se compose :

D'une électrode active ; le plus simple est d'employer une bougie de Hégar, numéro 18 à 20, à laquelle on attache le fil à l'aide d'une pince ou d'une borne ;

D'une électrode de retour appliquée sur le ventre. L'électrode articulée de Roucayrol est la plus pratique.

On fera ainsi dix ou quinze séances de diathermie chacune suivie d'un lavage et d'un massage de la prostate. En général, ce sera suffisant pour amener la disparition des filaments purulents ou des noyaux prostatiques ; mais il n'y aurait aucun inconvénient, en cas de nécessité, à en faire davantage.

Il faut en effet, avant de pratiquer l'urétroscopie, s'être assuré de l'absence de filaments purulents dans le liquide antiseptique après expression de la glande. Si donc il persistait du pus dans le premier verre d'urine on aurait la certitude que l'infection est localisée à l'urètre seul.

CHAPITRE VI

Le traitement urétroscopique.

L'examen urétroscopique de l'urètre entier doit être obligatoirement pratiqué chez tout malade soigné pour urétrite chronique. Cet examen, sauf cas exceptionnels, ne viendra qu'en fin de traitement : ou bien il confirmera la guérison, en montrant qu'il ne subsiste vraiment plus de lésions ; ou bien il permettra de reconnaître le siège de ces dernières, et de les traiter, lorsque le malade présente encore dans ses urines des filaments purulents, et que l'on a acquis par ailleurs la certitude qu'il n'existe plus d'infection prostatique.

I. L'instrumentation.

On peut utiliser l'urétroscope à vision directe, modèles Luys, Demonchy ou Nora, ou à vision indirecte, modèles Mac-Carthy et similaires. Personnellement, nous nous servons des deux ; chacun a ses avantages et ses inconvénients.

L'appareil à vision indirecte présente une grande

supériorité au point de vue diagnostie, car il permet de voir très facilement toutes les lésions grâce à son optique grossissante.

Par contre, l'urétroscope à vision directe rend les applications thérapeutiques beaucoup plus faciles, et par suite, souvent plus efficaces. Les lésions se présentent en effet au fond du tube, soit de profil, et l'on peut ainsi apprécier leur volume, soit de face, lorsqu'on veut les traiter, et la sonde peut alors les toucher sans difficultés. Il suffit pour cela de décentrer légèrement l'extrémité de l'instrument par des mouvements latéraux combinés à des mouvements très légers de retrait ou d'avancée du tube.

Avec les instruments genre Mac-Carthy, la sonde à fulguration coulisse parallèlement à l'appareil, et il arrive souvent qu'elle n'a pas la place suffisante pour passer entre le tube et la muqueuse sans déprimer celle-ci. On voit alors l'extrémité de la sonde, au moment où elle atteint la lésion, dévier et passer soit à droite, soit à gauche de cette dernière, qu'on ne peut alors fulgurer que par côté. Cela tient à ce que le recul de l'appareil n'est pas suffisant pour permettre à la sonde de tomber à angle presque droit sur la muqueuse. Avec l'instrument à vision directe, on atteint la lésion de face, ce qui constitue un avantage considérable car ainsi on ne fulgure exactement que le point visé.

Nous utilisons comme sonde à fulguration, la sonde de E. L. Gautier. Cette sonde, à notre avis, réalise le modèle le plus ingénieux et le plus pra-

tique qui ait été construit jusqu'à présent. Bien en main, grâce à sa poignée-pistolet, elle présente cette particularité d'être rendue rigide sur presque tout son parcours par le tube métallique dans lequel, elle est maintenue ; ses deux ou trois derniers centimètres restent seuls demi-souples. On a ainsi le très grand avantage de pouvoir couder plus ou moins l'extrémité de la sonde, de façon à toucher la lésion, tandis que l'œil continue à voir cette dernière et en contrôle parfaitement la fulguration.

Avec une sonde rigide sur toute sa longueur, la vision se trouve exactement dans la ligne de l'instrument, celui-ci ne pouvant être déplacé suffisamment par suite de la longueur et de l'étroitesse du tube. Il arrive alors que, l'extrémité de la sonde venant toucher la lésion, celle-ci est complètement masquée à l'œil, si elle n'est pas très grosse, comme c'est le cas le plus fréquent ; d'où travail beaucoup moins rapide.

On a reproché par ailleurs aux instruments à vision directe un grave inconvénient : c'est qu'il faut retirer le tube pour changer la lampe lorsqu'elle vient à brûler. Il existe un moyen bien simple de parer à cet accident : en faisant une urétroscopie, on aura toujours sur la table, à portée de la main, un second manche porte-lampe, branché sur un deuxième fil, et tout prêt à fonctionner. La lampe vient-elle à s'éteindre, ou simplement à se couvrir de sang ? On enlèvera le manche sans remuer le tube et on le remplacera par l'autre. Cette opéra-

tion se fait si rapidement et si facilement que, le plus souvent, le malade ne s'en aperçoit même pas. On obtient ainsi un instrument d'un fonctionnement plus sûr que celui de l'urétroscope à vision indirecte ; avec ce dernier, en effet, il est nécessaire, quand la lampe grille, de retirer tout l'appareil.

D'une façon générale, nous utilisons l'urétroscope à mandrin métallique droit. Dans quelques cas, certains urètres postérieurs sont difficiles à franchir. Pour parer à cette difficulté, on a construit des mandrins métalliques articulés, formant béquille au moment de l'introduction du tube. Après divers essais, nous les avons abandonnés. Nous employons un procédé qui nous paraît plus pratique et plus simple, parce qu'il permet d'utiliser les tubes endoscopiques courants. Nous nous servons comme mandrin d'une sonde béquillée, à bout olivaire, en caoutchouc semi rigide, modèle Gentile, supérieure de deux numéros au calibre du tube urétroscopique employé. Pour faire pénétrer cette sonde dans le tube, il suffit de la tendre sur une tige métallique droite, ce qui permet de la glisser sans difficulté. Lorsque la béquille a dépassé le bout du tube et qu'apparaît le premier œil de la sonde, on laisse celle-ci se détendre. On introduit alors l'ensemble comme un cystoscope ordinaire : une fois l'appareil en place, ce dont on sera prévenu par l'écoulement de l'urine, il suffira de tirer doucement la sonde : celle-ci s'allonge, perd de son calibre et vient sans difficulté.

II. Les lésions.

Depuis que l'urétroscopie a été rendue vraiment pratique, elle a permis d'étudier et de décrire parfaitement toutes les lésions de l'urètre. Le manuel d'Henry et Busson, le traité de Dossot et Palazzoli fournissent une documentation à laquelle il semble difficile d'apporter quelque chose de nouveau.

Remarquons seulement en passant que l'aspect pathologique de l'urètre antérieur est presque toujours le même et, hormis le cas de sclérose, il est représenté par l'inflammation des orifices glandulaires. Celui de l'urètre postérieur est au contraire infiniment varié. Chaque malade apporte une image inédite : tantôt congestion simple, plus souvent œdème diffus ou bulleux, quelquefois végétations, très rarement sclérose, toutes ces lésions se présentant parfois isolément, mais le plus souvent associées.

C'est à dessein que nous passons rapidement sur tout cela, pour en arriver aux deux points importants sur lesquels nous désirons attirer l'attention et qui, jusqu'ici nous ont semblé insuffisamment mis en lumière, si l'on considère leur intérêt essentiel pour la thérapeutique.

C'est tout d'abord que les lésions importantes, tenaces, siègent presque toujours dans l'urètre postérieur et surtout dans sa lésion sus-montanale.

Cette affirmation repose sur une documentation

riche de plus de quinze cents observations dont quelques unes des plus démonstratives figurent à la fin de ce travail. Dans un certain nombre de cas, les filaments ont disparu après un traitement ayant porté uniquement sur l'urètre postérieur, alors que l'examen avait montré des orifices glandulaires nettement enflammés dans l'urètre antérieur. Dans d'autres cas, de beaucoup les plus nombreux, le traitement des lésions de l'urètre antérieur a été terminé avant que les filaments aient complètement disparu, leur disparition totale ayant coïncidé par la suite avec un traitement plus méticuleux de l'urètre postérieur. Enfin un petit nombre de cas n'a nécessité qu'un traitement de l'urètre antérieur.

Tout cela nous amène à penser que l'urètre antérieur, accusé généralement d'être le réservoir de l'infection, peut s'en débarrasser seul bien souvent surtout si l'on supprime la source d'infection qui vient de l'urètre postérieur. Quant à l'urètre membraneux il semble se comporter exactement comme l'urètre antérieur.

C'est donc, nous le répétons, dans l'urètre postérieur qu'il faut rechercher le plus souvent la cause des filaments purulents et la raison de leur persistance et c'est dans la région sus-montanale, jusque sur la crête du col vésical que se trouvent les lésions les plus rebelles.

Le deuxième fait important qui nous a frappé, *c'est la profondeur à laquelle se trouvent ces lésions.* Celles-ci sont dues, en effet, à l'infection des glandes

muqueuses péri-urétrales qui sont extrêmement nombreuses. C'est la transformation adénomateuse de ces glandes qui forme le substratum anatomique de l'hypertrophie prostatique, *mais c'est aussi leur infection qui donne la plupart des cas rebelles d'urétrite chronique.*

C'est par l'observation que nous sommes arrivés à cette conclusion. Après une ou deux fulgurations des l'urètre prostatique, on constate au bout de trois ou quatre semaines, soit la disparition complète, soit une diminution plus ou moins importante des filaments purulents. Dans ce dernier cas, un nouvel examen montre la persistance d'un œdème plus ou moins étendu de la muqueuse, entre le col et le veru-montanum. Une nouvelle fulguration plus poussée marque un nouveau progrès, et c'est ainsi que nous sommes arrivé peu à peu, dans les cas rebelles à faire des fulgurations profondes. Nous avons pu constater alors une réduction très notable du nombre de nos échecs.

II. Technique urétroscopique.

Incidents possibles. Soins consécutifs.

Tous les manuels décrivent le maniement de l'urétroscope. Nous n'insisterons donc pas sur ce point mais seulement sur le traitement des lésions et sur les soins consécutifs.

Pour la destruction des lésions nous ne faisons pas d'étincelage, mais seulement de l'électro-coagu-

lation. L'étincelage présente en effet un grave inconvénient : c'est d'être mal supporté par le patient. D'autre part, si on traite une lésion très près de la circonférence du tube, on a souvent l'ennui de voir l'étincelle se produire sur celui-ci, ce qui provoque un choc avec contraction musculaire fort gênante.

Les inconvénients sont réduits au minimum avec l'électro-coagulation, et par suite les résultats sont meilleurs. On a dit que l'action destructive de l'étincelage est plus limitée et plus réglable. L'expérience que nous avons de ces deux modes de courants nous fait ranger l'avis de Dossot et Palazzoli, quand ils disent que : « dans la pratique; cet avantage n'a pas l'importance qu'on a voulu lui attribuer ; et il est facile d'obtenir avec l'électro-coagulation des effets superficiels en ne faisant courir aucun risque au malade »

En raison de la profondeur de certaines lésions, il nous semble même indispensable d'employer l'électro-coagulation. Très souvent, il nous arrive de faire des coagulations que nous estimons atteindre de 3 à 5 millimètres de profondeur, peut-être plus, et *ce procédé ne nous a jamais donné d'accidents sérieux.*

De temps en temps, peuvent survenir des hémorragies, mais presque toujours sans importance. Ces hémorragies, toujours tardives, à partir du sixième ou du septième jour, se produisent le plus souvent après une miction qui entraîne une escarre. Elles sont formées d'un peu de sang après la contraction

terminale. Très rarement, l'hémorragie se prolonge. Sur plus de deux mille urétroscopies, nous n'avons noté que deux rétentions ; l'une qui n'a duré que quelques heures, la seconde qui s'est prolongé 24 heures. Chaque fois, le sondage avec une évacuation énergique des quelques caillots qui encombraient le col vésical a suffi pour tout ramener à l'ordre.

Certains auteurs préconisent la sonde à demeure pour éviter ces incidents ; il nous paraît que le moyen est disproportionné au but à atteindre, si on considère la rareté de ces rétentions : un cas sur mille environ.

D'autre part, peut-on craindre une sclérose après ces coagulations profondes ? A cela, nous répondons hardiment non. Nous avons eu l'occasion de réexaminer une cinquantaine de malades, au moins, traités de la sorte. En aucun cas, nous n'avons trouvé trace de sclérose dans l'urètre postérieur.

Nous employons le même procédé pour les infections de l'urètre antérieur, avec cette différence que nous nous servons d'une sonde dont la pointe est dénudée sur un centimètre, et de la grosseur d'une aiguille, de façon à pénétrer dans l'orifice de la glande.

Le nombre des urétroscopies est extrêmement variable, suivant le cas ; mais, dans la grande majorité, une ou deux suffisent, lorsque, à la seconde, on n'hésite pas à faire une coagulation un peu profonde. Les urétroscopies doivent être espacées d'un

minimum de trois semaines. Au bout de ce temps la cicatrisation est en effet complète.

Quels soins faut-il prendre après l'intervention ? Une précaution nous paraît indispensable, c'est de faire des lavages uréthro-vésicaux dans les jours qui suivent. Cela nous a semblé empêcher très nettement les complications d'ordre infectieux, l'épididymite en particulier.

Sur une centaine d'urétroscopies sans lavages consécutifs, nous avons enregistré 5 % d'épididymites. Depuis que nous employons la méthode des lavages, nous n'avons jamais eu de complications de ce genre.

Nous avons l'habitude de faire un premier lavage le lendemain de l'urétroscopie et nous le répétons ensuite à 3 ou 4 jours d'intervalle pendant trois semaines environ.

Le nitrate d'argent nous a paru être le meilleur antiseptique, mais à faible dose : 5 à 10 centigrammes par litre. Au cas où les hémorragies ont tendance à se répéter, ou l'urine à se troubler, il y a intérêt alors à rapprocher les lavages.

IV. — Résultats.

La méthode que nous venons de décrire nous est apparue comme la meilleure que nous ayons essayée jusqu'à présent. Il faut seulement avoir la persévérance nécessaire d'une part, et d'autre part, ne pas

craindre les applications énergiques et profondes de la diathermo-coagulation.

Toutefois, il faut reconnaître que des échecs sont aussi enregistrés ; on peut les évaluer à 5 ou 6 % des cas traités sur un total d'environ 1,500 malades soignés pour urétrite chronique.

Ces échecs sont donc peu nombreux. On peut, croyons-nous, les rattacher à deux groupes de causes :

Lésions urétrales.

Lésions extra-urétrales.

Lésions urétrales. — C'est le siège des glandes infectées, presque au niveau du col, ou sur le col même.

C'est aussi la profondeur des glandes dans l'épaisseur de la muqueuse.

On pourrait peut-être y remédier par une coagulation très énergique.

Lésions extra-urétrales. — Ce sont des prostatites chroniques, des cavernes prostatiques dues à des abcès insuffisamment drainés, et peut-être des vésiculites dans quelques cas.

Ici, la thérapeutique est évidemment plus difficile encore, et plus aléatoire. C'est pourquoi nous estimons utile de n'entreprendre des explorations thérapeutiques répétées de l'urètre que si la prostate ne manifeste plus aucun signe d'infection.

Observations

Nous rangerons ces observations suivant la classification que nous avons proposée plus haut :

- I. *Urétrites suite de blennorragie.*
- II. *Urétrites à allure chronique d'emblée.*

et, dans chacune de ces catégories, nous envisagerons successivement d'abord les formes avec microbes, ensuite les formes sans microbes.

I. — Urétrites suite de blennorragie.

A) Forme avec microbes.

OBSERVATION I

P... Henri présente dans ses antécédents une blennorragie en novembre 1921 et une seconde atteinte en septembre 1922, sans complications. Depuis ce moment, se produisent des rechutes successives.

En 1930, le malade va consulter un urologue, qui pense à une affection rénale et conseille une division d'urines, car celles-ci sont troubles et l'analyse bactériologique montre :

des hématies, du pus abondant, quelques cellules épithéliales ; pas de bactéries.

Nous le voyons pour la première fois le 9 septembre 1930. A ce moment, il présente une goutte banale, muco-purulente. Les mictions sont normales ; la prostate est un peu grosse, ne présente pas de noyaux, pas de filaments après expression. Les urines sont troubles dans les deux verres.

On porte le diagnostic d'urétrite postérieure.

On commence la dilatation, que l'on poursuit jusqu'au 31 octobre 1930, en la poussant au béniqué 60. Il est à noter que, le 17 septembre, après la 3^e dilatation, un examen d'urines montre des diplocoques encapsulés, prenant le Gram ; des cultures identifient le germe au gonocoque, et les réactions au Gram deviennent celles de ce microbe.

On peut remarquer aussi que les urines étaient d'une limpidité variable, suivant l'heure de la miction précédente. Tantôt les deux verres étaient troubles, tantôt le premier seul l'était, quelquefois il y avait seulement des filaments lourds dans le 1^{er} verre.

La dilatation terminée, on s'assure que la prostate ne donne rien au massage. On fait une urétroscopie le 9 novembre. On voit : papillome sur le quadrant supérieur du col. Œdème bulleux de l'urètre prostatique, du col au veru. Coagulation de ces lésions. Urethre membraneux normal. Urètre antérieur : quelques glandes de Littre enflammées, coagulation.

A la suite de cette urétroscopie, on fait quelques lavages au nitrate, et, le 16 décembre, nouvelle endoscopie, en présence de filaments persistants.

Œdème bulleux du col. Infiltration molle de l'urètre pos-

térieur. Coagulation. Urètre membraneux normal. Urètre antérieur : nombreuses glandes que l'on traite.

On effectue quelques lavages, et, le 5 janvier 1931, les urines étaient claires dans les deux verres mais avec filaments purulents dans le 1^{er}.

Le 25 janvier, urétroscopie : urètre postérieur : infiltration molle que l'on coagule. Infiltration prononcée au niveau du col, n'atteignant pas le veru. Urètre membraneux, urètre antérieur, normaux.

Le 24 mars, en raison de la persistance des filaments, nouvelle urétroscopie : urètre prostatique, infiltration molle du col. Coagulation. Rien ailleurs.

Les filaments disparaissent pendant les lavages consécutifs, mais reparaissent ensuite, quoique moins nombreux.

Le 28 mai, infiltration molle au col vésical. Coagulation. Rien ailleurs.

Après une dizaine de lavages, le malade est revu le 29 juin. Deux verres clairs, pas de filaments.

3 mois après, même état. Spermoculture négative.

OBSERVATION II

R... Pierre. Début d'un écoulement le 23 juillet 1930. Pratique de sa propre initiative quelques injections urétrales de glyco-phytol.

Vient consulter le 31 juillet, l'écoulement persistant. A ce moment, l'examen bactériologique montre du pus, de très rares gonocoques et des microbes en forme de bâtonnets, ne prenant pas le Gram, à type de colibacilles.

On commence le traitement habituel par lavages au per-

manganate. Le 30 août, après cessation des lavages depuis une semaine, les urines demeurent claires. L'épreuve de la bière faite à ce moment ne donne plus, à l'examen microscopique, que du mucus et des cellules épithéliales.

Le 9 septembre, les urines sont toujours claires, mais la spermoculture est positive. Le 19 septembre les urines demeurent claires, mais avec quelques filaments légers.

On commence immédiatement la dilatation avec massages de la prostate, accompagnés de lavages au nitrate. Il est à noter que, à la suite des premières séances apparaissent des filaments lourds, purulents, sans microbes, et qui persistent jusqu'à l'urétroscopie.

Le 3 octobre, la dilatation est poussée au n° 54. La prostate ne donne rien au massage.

Le 6 octobre, urétroscopie : urètre prostatique : quelques points d'œdème bulleux au niveau du col et en avant jusqu'au veru. Urètre membraneux, urètre antérieur : normaux.

Un mois après, les deux verres d'urine sont absolument clairs, sans filaments.

Fin novembre : spermoculture négative.

OBSERVATION III

P... Emile. Antécédents : Blennorrhagie en 1924 et 1927, sans complications.

Vient consulter le 26 août 1930, pour un écoulement datant d'une semaine apparu spontanément.

Mictions normales. Prostate normale au toucher. Urines :

premier verre trouble, deuxième verre clair. Examen des urines après centrifugation : pus, rares gonocoques.

On commence immédiatement les lavages au nitrate faible (5 cgr. par litre) qui rapidement éclaircissent les urines.

Le 10 septembre, les urines sont claires, mais il existe des filaments purulents, sans microbes, dans le premier verre.

On commence la dilatation, que l'on pousse au n° 55. La prostate ne donne rien au massage.

Le 17 septembre, Urétroscopie. Urètre prostatique : Infiltration molle que l'on coagule. Urètre membraneux normal. Urètre antérieur : quelques glandes que l'on détruit.

On fait ensuite des lavages : mais les filaments disparus pendant trois semaines réapparaissent.

Le 12 décembre, nouvelle urétroscopie. Urètre prostatique : Deux orifices glandulaires, l'un au niveau du col, l'autre à gauche du véru ; on les détruit. Rien ailleurs.

De nouveau, disparition, puis réapparition des filaments purulents.

Le 29 janvier 1931, troisième urétroscopie. Urètre prostatique : Infiltration molle ; coagulation.

A la suite de quelques lavages, la partie semble gagnée, mais les filaments purulents reviennent.

Une 4^e urétroscopie est effectuée le 8 mai. Urètre prostatique : coagulation de quelques points d'infiltration molle. Rien ailleurs.

Le 13 novembre, le malade revient : les urines sont claires, filaments purulents dans le 1^{er} verre. La prostate

après expression, ne rend que des filaments épithéliaux, sans pus. La spermoculture est positive.

Il semble bien que, dans ce cas, la persistance de l'infection est due à l'atteinte de glandes très profondément situées.

OBSERVATION IV

B... Sylvain, 26 ans. Vient consulter le 26 août 1930 pour écoulement persistant.

Antécédents. — Blennorragies en 1926 et en 1930. La première guérit sans complications, par lavages. La seconde est soignée par injections. Depuis, goutte matinale intermittente. Mictions normales. Urines : Premier verre clair, avec filaments lourds, deuxième verre clair. Examen de la goutte et des filaments ; pus, gonocoques et microbes d'infection secondaire. Prostate normale au toucher.

Après avoir fait un lavage à 5 cgr. de nitrate qui n'amène aucun changement dans les urines, on commence la dilatation. On la poursuit pendant le mois de septembre, et, le 2 octobre, on fait une urétroscopie (à ce moment le 1^{er} verre contient encore des filaments purulents).

Urètre prostatique : œdème bulleux considérable, surtout prononcé au niveau du col. Coagulation. Urètre membraneux saigne : on attouche au chlorure de zinc les points d'où vient l'hémorragie. Urètre antérieur : normal.

En raison de l'existence des microbes, les lavages après l'intervention ont été rapprochés ; ils ont été quotidiens jusqu'au 8 octobre ; on commence alors à les espacer de 4 ou 5 jours.

Le 15 octobre : 2 verres clairs sans filaments.

Le 30 octobre : même état.

Fin novembre, la guérison se maintient. Spermoculture négative.

OBSERVATION V

C... Henri, vu le 10 janvier 1931.

Antécédents. — 1^{re} blennorragie en 1925, sans complications ; 2^e blennorragie en 1930, traitées par grands lavages.

Actuellement : goutte depuis 8 mois, présentant à l'examen des gonocoques. Mictions normales. Urines : 2 verres clairs, avec filaments purulents dans le premier. Urètre normal. Prostate : normale au toucher ; pas de filaments dans le liquide après expression.

Il s'agit donc d'une urétrite chronique, probablement sans prostatite.

On fait une dilatation, poussée jusqu'au 60 sans difficulté, accompagnée de lavages au nitrate et de massages de prostate.

1^{re} urétroscopie le 14 février. Urètre prostatique : infiltration molle que l'on coagule. Urètre membraneux : normal. Urètre antérieur : nombreuses glandes, coagulation.

A la suite de l'endoscopie les filaments diminuent, mais n'étant pas totalement disparus, on pratique une 2^e urétroscopie le 14 mars.

Urètre postérieur : infiltration molle que l'on coagule. Urètre membraneux et antérieur : normaux.

Le 11 avril, l'épreuve des 2 verres montre : 1^{er} verre clair

avec quelques rares filaments purulents, 2^e verre clair.

Le 8 mai, même état, 3^e urétroscopie. Urètre prostatique : infiltration molle étendue ; coagulation. Rien ailleurs.

Le 17 juin, le malade est revu : le 1^{er} verre ne présente plus que quelques filaments muqueux, 2^e verre clair.

Un mois après, même état, spermoculture négative.

B) *Forme sans microbes.*

OBSERVATION VI

R... Pierre, 26 ans.

Antécédents. — Blennorrhagies en 1928 et 1929, traitées par grands lavages. Pas de complications. Un an après environ, apparition d'une goutte matinale.

Vient consulter le 13 octobre 1931. A ce moment : mictions normales. Urines : 1^{er} verre clair avec filaments, 2^e verre clair. Examen de la goutte et des filaments : pus sans microbes. Urètre : pas de rétrécissement. Prostate : un peu grosse, douloureuse, donne des filaments au massage.

On commence la dilatation, que l'on pousse jusqu'au 54. En même temps, massages de prostate. La dilatation ne peut être continuée, le méat étant trop étroit. On fait encore 6 massages, après lesquels la prostate ne donne rien à l'expression.

Le 22 octobre, urétroscopie. Urètre prostatique : œdème bulleux, du col au veru ; coagulation. Veru normal. Urètre membraneux normal. Urètre antérieur : littrite en quelques points ; coagulation.

Le 25 novembre, nouvelle urétroscopie, les filaments persistant dans le premier verre.

Urètre prostatique : infiltration molle, du col au veru. Urètre membraneux, urètre antérieur : normaux.

Le 3 février 1932, devant la persistance des filaments purulents dans le 1^{er} verre, une 3^e urétroscopie est pratiquée.

Urètre prostatique : œdème bulleux du col ; infiltration molle du col au veru ; coagulation. Rien ailleurs.

Quelques lavages au nitrate jusqu'au 17 mars.

Le malade est vu le 14 avril : 2 verres clairs.

Le 2 mai : même état, spermoculture négative.

OBSERVATION VII

B... Jacques.

Antécédents. — Blennorragie aiguë en septembre 1930, soignée par de grands lavages à la gonacrine.

Vient consulter le 11 octobre 1930 pour la persistance de l'écoulement, où l'on constate encore la présence de gonocoques.

On entreprend le traitement habituel de l'affection aiguë, par grands lavages au permanganate, en y adjoignant la vaccinothérapie.

Le 28 novembre, après les intervalles habituels, on fait l'épreuve de la bière. Pas de goutte le lendemain ; quelques filaments de desquamation dans l'urine, sans gonocoques. La prostate est normale.

Le 5 janvier 1931, le malade revient. Les urines, cette fois, montrent dans le 1^{er} verre des filaments purulents amicrobiens.

On entreprend immédiatement la dilatation et les massages de prostate, qui d'ailleurs ne ramènent rien.

On procède à l'urétroscopie le 15 janvier. Urètre prostatique : œdème bulleux de cette portion du canal ; coagulation. Veru et urètre membraneux normaux. Urètre antérieur : quelques glandes que l'on détruit.

Les filaments du 1^{er} verre disparaissent ; puis ils repa-
raissent après le 1^{er} lavage.

Nouvelle urétroscopie le 7 février. Urètre prostatique : Infiltration molle siégeant surtout au niveau du col et un peu en avant du véru ; coagulation. Urètre membraneux : normal. Urètre antérieur : quelques glandes que l'on traite.

Les filaments disparaissent ; puis ils reviennent après le 5^e lavage.

On attend encore, mais, deux mois après, les filaments persistant, 3^e urétroscopie le 4 juin. Urètre prostatique : infiltration molle. Rien ailleurs.

On fait quelques lavages, et, fin juillet, il ne persiste plus qu'un seul filament lourd dans le premier verre. On conseille l'expectative, mais en septembre une spermoculture est positive. Une série de 18 injections d'un auto-vaccin n'améliore pas l'état : les filaments persistent. On revient alors au traitement local.

Le 26 octobre, 4^e urétroscopie. Urètre prostatique : Infiltration molle au niveau du col ; fulguration. Urètre membraneux : normal. Urètre antérieur : nombreuses glandes qu'on détruit.

On attend encore trois mois ; puis, le 8 février 1932, les filaments persistant toujours, 5^e urétroscopie. Urètre pros-

tatique : infiltration molle en arrière du véru et à son niveau ; coagulation. Rien ailleurs.

Les filaments, cette fois, ont considérablement diminué, mais quelques-uns persistent encore, d'où nécessité d'une 6^e uréthroscopie, le 4 mars.

Urètre prostatique : Infiltration molle en quelques points. Urètre membraneux, urètre antérieur, normaux.

A la suite de cette dernière intervention les filaments ont disparu. Un mois après, pendant lequel 7 lavages ont été faits, l'état des urines était : deux verres clairs, sans filaments.

Le 26 avril ; même état ; spermoculture négative.

OBSERVATION VIII

P... Georges. *Antécédents* : fin 1930, blennorragie traitée par balsamiques.

Vient consulter le 1^{er} octobre 1931 pour goutte matinale persistante. Mictions normales. Urines : 1^{er} verre clair, filaments lourds ; 2^e verre clair. Prostate grosse, un peu douloureuse. Examen bactériologique de la goutte et des filaments : pus, sans microbes.

Un lavage au nitrate n'apporte aucun changement.

On commence immédiatement la dilatation au n° 42 béniqué, en associant les massages et les lavages au nitrate. Trois semaines après, la dilatation a été menée au 60. La prostate, après expression, ne donne plus de filaments. Les urines montrent : 1^{er} verre clair, filaments lourds moins nombreux ; 2^e verre clair.

Urétroscopie le 14 novembre. Urètre prostatique : infil-

tration molle, du col au veru ; coagulation. Urètre membraneux, urètre antérieur : normaux.

On fait 5 lavages au nitrate jusqu'au 15 décembre. A ce moment, les urines sont claires sans filaments.

Revu le 30 mars 1932: urines claires sans filaments. Spermoculture négative.

OBSERVATION IX

O... Paul. Vient consulter le 11 août 1930, pour goutte matinale depuis un mois.

Antécédents : blennorragie quelques mois auparavant, soignée par Gonacrine intra-veineuse.

Urines : 1^{er} verre clair, avec filaments lourds ; 2^e verre clair. Mictions : jour, toutes les deux heures ; nuit, deux fois. Prostate : noyau dur et douloureux au lobe droit. Examen bactériologique de la goutte et des filaments : Pus, sans microbes.

On commence la dilatation; qu'on pousse jusqu'au 60. La prostate, après 9 séances de dilatation et de massages, ne présente plus rien d'anormal, ni au toucher, ni à l'expression. Persistance de filaments lourds dans le 1^{er} verre.

Urétroscopie le 15 septembre. Urètre prostatique: grosse infiltration molle, et œdème bulleux considérable, s'étendant du col au veru. Urètre membraneux : normal. Urètre antérieur : nombreuses glandes. Toutes les lésions aperçues sont coagulées profondément.

Les filaments lourds diminuent, mais ne disparaissent pas, malgré les lavages.

Le 4 février 1931, seconde urétroscopie. Urètre prostatique : quelques bulles d'œdème au col, infiltration molle

en quelques points ; coagulation. Urètre membraneux et antérieur, normaux.

Le 22 février, après 4 lavages, les urines sont claires dans les deux verres.

Le 25^e avril : urines : deux verres clairs. Prostate : normale.

Spermoculture : négative.

OBSERVATION X

D... Edward. Vient consulter le 5 décembre 1930 pour examen génital après gonococcie constatée chez sa femme.

Antécédents : une blennorragie aiguë en 1912, sans complications ; une seconde en 1918, avec épидидymite gauche et prostatite.

Actuellement : goutte matinale, mictions normales. Urines : 1^{er} verre clair, avec filaments lourds, 2^e verre clair. L'examen microscopique montre : pus, sans microbes. Urètre normal. Prostate grosse, indolore, donnant, après expression, des filaments purulents très nombreux.

Suivant l'habitude, on commence la dilatation, accompagnée de lavages au nitrate et de massages de prostate. La dilatation atteint le n° 60 au bout d'une quinzaine. A ce moment, la prostate ne donne plus rien.

Urétroscopie le 22 janvier 1931. Urètre prostatique : infiltration molle entre le col et le veru, coagulation. Urètre membraneux, urètre antérieur : normaux.

On fait 5 lavages au nitrate. Le malade est revu le 7 mars. La prostate ne donne plus de filaments, les urines sont parfaitement claires.

Le 21 mars : 2 verres clairs sans filaments. Spermoculture négative.

Même état 3 mois plus tard.

OBSERVATION XI

S... Ettore. Vient consulter le 17 juin 1930, pour écoulement persistant depuis des années. Se plaint en outre d'un rhumatisme lombaire, gonococcique d'après un spécialiste.

Antécédents : blennorragie en 1924, traitée par lavages.

Actuellement : goutte matinale persistante : mictions normales. Urines : 1^{er} verre clair, avec filaments lourds, 2^e verre clair. Examen microscopique de la goutte et des filaments : pus, sans microbes.

On commence la dilatation au n° 42, et, un mois après, on atteint le 54. On associe les massages de prostate. A la fin de la dilatation, on constate la diminution du nombre des filaments purulents.

Le 31 juillet, 1^{re} urétroscopie : urètre prostatique : œdème bulleux très considérable, entre le col et le veru ; diathermo-coagulation. Veru, urètre membraneux, urètre antérieur, normaux.

Pendant le mois d'août, on fait 5 lavages au nitrate, et les filaments persistant une 2^e urétroscopie le 5 septembre. A ce moment : urètre prostatique : infiltration molle, quelques bulles d'œdème, coagulation. Urètre membraneux et antérieur normaux.

Les filaments lourds disparaissent pendant trois semaines, à la suite de lavages, mais, dès la cessation, ils reparaissent, quoique moins nombreux.

Le 23 novembre, 3^e urétroscopie : urètre prostatique : infiltration molle au col, coagulation. Rien ailleurs.

Quatre semaines après, les urines étaient claires dans les deux verres, et on ne voyait plus dans le 1^{er} que de très rares filaments lourds.

Une dernière urétroscopie est pratiquée le 17 décembre. Urètre prostatique : un orifice glandulaire qu'on coagule. Rien ailleurs.

On fait ensuite quelques lavages au nitrate qu'on arrête le 5 janvier 1931.

A ce moment, urines claires, sans filaments.

Même état trois mois après.

OBSERVATION XII

L... Pierre. Vient consulter le 25 novembre 1930.

Antécédents : blennorragie soignée en août 1930, pas de complications.

Actuellement, les urines présentent des filaments lourds dans le 1^{er} verre. Au microscope : pus, sans microbes.

On commence immédiatement la dilatation et les massages, que l'on continue jusqu'au 11 décembre. A ce moment on est parvenu au 57 béniqué. Les filaments, quoique diminués, persistent dans le premier verre.

Le 13 décembre urétroscopie. Urètre prostatique : infiltration molle, légère, coagulation. Urètre membraneux, urètre antérieur, rien.

Le 10 janvier 1931, après 3 lavages au nitrate, les urines sont absolument claires. Une spermoculture est négative.

Revu le 4 septembre. Etat local excellent, urines claires, sans filaments.

OBSERVATION XIII

L... Benoît. Vient consulter le 20 août 1930, pour goutte matinale intermittente, depuis 3 mois.

Antécédents. En mars 1930, blennorrhagie aiguë, soignée par lavages.

Actuellement : mictions normales. Urines : 1^{er} verre clair, avec filaments, 2^e verre clair. Examen microscopique pus, sans microbes. Prostate : dure, granuleuse, donnant de nombreux filaments.

On commence immédiatement la dilatation, ainsi que les massages de prostate.

Six massages suffisent à évacuer la glande, et, le 15 octobre, on pratique l'urétroscopie. Urètre prostatique ; infiltration molle, coagulation. Urètre membraneux, urètre antérieur : normaux.

Le 30 octobre, on avait fait 3 lavages au nitrate, les urines étaient claires, sans filaments.

OBSERVATION XIV

N... Blaise. Vient consulter le 13 mai 1931, parce qu'il a constaté la présence de filaments dans ses urines.

Antécédents. — Blennorrhagies en 1929 et 1931, soignées par lavages et semblant guéries, puisqu'après épreuve de la bière, on n'avait pas constaté la présence de gonocoques.

La spermoculture, de plus, est positive, le 17 mai.

Les mictions sont normales. L'examen microscopique ne montre que du pus, sans microbes. Urines : 1^{er} verre clair avec filaments lourds, 2^e verre clair, sans filaments.

On commence la dilatation au n° 45, accompagnée de lavages au nitrate faible et de massages de la prostate.

Le 18 juin, urétroscopie : infiltration molle que l'on coagule. Urètre antérieur : quelques glandes, que l'on détruit.

Le 28 juillet, le malade présente encore des filaments dans le 1^{er} verre; on attend, mais un mois après, l'état est stationnaire.

Deuxième urétroscopie, le 1^{er} septembre. Urètre prostatique : infiltration molle; coagulation. Urètre membraneux. urètre antérieur, rien.

Trois semaines après, deux verres d'urine clairs, sans filaments.

Fin octobre, même état. Spermoculture négative.

OBSERVATION XV

B... Gabriel. Vient consulter le 2 mai 1929, pour de la pollakiurie diurne, avec mictions impérieuses.

Antécédents. — Blennorragie en 1910, suivie d'une épидидymite droite. Récidives de blennorragie en 1912 et 1914, sans complications.

Actuellement, se plaint de mictions impérieuses, depuis 3 ou 4 mois, 8 à 10 mictions le jour, 1 à 3 la nuit.

Urines : deux verres clairs, avec rares filaments dans le 1^{er}. Prostate : grosse, douloureuse, donnant de nombreux filaments purulents.

On commence la dilatation, associée aux lavages au nitrate, et aux massages de prostate. On atteint le béniqué 60 au bout d'un mois et demi environ.

Le 16 juin, urétroscopie : oedème bulleux étendu; coagu-

lation. Rien au veru. Urètre membraneux ; un peu congestionné. Urètre antérieur, normal.

On fait une série de 4 ou 5 lavages au nitrate. Le 8 novembre le malade revient, présentant les mêmes troubles. A cette date, nouvelle urétroscopie. Urètre prostatique : œdème bulleux du col : coagulation. Rien ailleurs.

Deux mois après, on renouvelle l'intervention : œdème du col, coagulation plus accentuée.

Le malade est alors très amélioré : plus de mictions nocturnes ; diminution du nombre de mictions diurnes et de leur caractère impérieux. En même temps, les filaments du premier verre diminuent.

Vers la fin de l'année 1929, le malade revient. Le 5 décembre on pratique une dernière urétroscopie. Un peu d'œdème du col ; coagulation très poussée.

On fait quelques lavages, et, à la fin du mois, le malade peut être considéré comme guéri : urines limpides sans filaments, mictions normales.

Le 2 décembre 1930, on revoit le malade : l'urétroscopie montre un col et un canal absolument normaux.

II. — Urétrites à allure chronique d'emblée

A) *Forme avec microbes.*

OBSERVATION XVI

G... René. Vient consulter le 3 juin 1931 pour un écoulement léger apparu depuis 5 ou 6 semaines.

Dans les antécédents, on ne relève aucune affection urétrale, mais de nombreuses manifestations cutanées à staphylocoques.

Actuellement : mictions toutes les deux heures le jour, une fois la nuit. Urines : 1^{er} verre trouble, avec filaments ; deuxième verre clair. Prostate : très sensible, un peu grosse, donnant des filaments à l'expression. A l'examen bactériologique de la goutte et des filaments : pus, staphylocoques.

Il s'agit donc d'une urétrite totale ou postérieure et d'une prostatite à staphylocoques.

On commence des lavages au nitrate, accompagnés de massages de prostate.

Le 30 juin, devant la persistance des filaments, bien que les urines se soient éclaircies, on décide de commencer la dilatation. Cette dernière est poursuivie normalement jusqu'au n^o 50 et accompagnée de massages de prostate et de lavages à l'oxycyanure de mercure.

Le 31 juillet, on fait une première urétroscopie. Urètre prostatique : infiltration molle légère. Urètre membraneux : normal. Urètre antérieur : quelques glandes. Les lésions sont coagulées à la haute fréquence.

On pratique ensuite quelques lavages : mais le 15 octobre l'état des urines est le suivant : 1^{er} verre clair avec filaments purulents sans microbes ; 2^e verre clair.

Le 22 octobre, 2^e urétroscopie. Urètre prostatique : infiltration molle, étendue du col au verru, coagulation. Urètre membraneux, urètre antérieur : normaux.

Quelques lavages au nitrate, et, le 14 novembre, les deux verres sont clairs sans filaments ; la prostate est souple, indolore, ne donnant rien à l'expression.

Même état deux mois après.

B. Formes sans microbes.

OBSERVATION XVII

J... Roger. Vient consulter le 19 mai 1930, pour un très léger écoulement.

Pas d'atteinte urétrale antérieure.

Actuellement, mictions indolores, de fréquence normale
Urines : 1^{er} verre clair, avec filaments lourds ; 2^e verre clair.
Prostate normale. Examen bactériologique : pus sans microbes.

On commence des lavages au nitrate faible, puis au protargol, et ensuite à l'oxycyanure, sans succès. La prostate donnant quelques filaments, on commence des massages.

Ces filaments persistant toujours, on a recours à la dilatation. Une méatotomie est nécessaire et permet d'atteindre le n° 56 béniqué.

Le 31 juillet, 1^{er} urétroscopie. Urètre prostatique : infiltration molle et œdème bulleux ; coagulation. Urètre membraneux : saigne un peu. Urètre antérieur : littrite, que l'on coagule

Les urines, qui se sont éclaircies après quelques lavages, recommencent à présenter des filaments lourds dans le 1^{er} verre.

Le 4 septembre 2^e urétroscopie. Urètre prostatique : œdème bulleux du col ; coagulation. Urètre membraneux, urètre antérieur, normaux.

Les filaments disparaissent pendant quelques jours. Devant leur réapparition, on songe à une prostatite, et on effectue une série de massages. Pas d'amélioration.

Le 9 octobre 3^e urétroscopie. Urètre prostatique : infiltration molle ; coagulation. Urètre membraneux, normal. Urètre antérieur, littrite qu'on coagule.

A la suite d'une dizaine de lavages une amélioration se produit. Le premier verre contient encore des filaments, mais moins nombreux.

Le 3 décembre 4^e urétroscopie. Urètre prostatique : œdème bulleux en quelques points : coagulation. Urètre membraneux, rien. Urètre antérieur : quelques glandes, on les coagule.

Le 2 février 1931 ; 5^e urétroscopie. Urètre prostatique : infiltration molle considérable, surtout au niveau du col : coagulation légère. Rien ailleurs.

Le 7 mai, 6^e urétroscopie. Urètre prostatique : infiltration molle du col au veru ; coagulation. Rien ailleurs.

A la suite de cette intervention, on fait des lavages au nitrate assez nombreux. Les filaments disparaissent pendant quelques semaines, puis ils reparaissent, mais moins nombreux.

Le 9 septembre 7^e urétroscopie. Urètre prostatique : infiltration molle qu'on fulgure. Veru normal. Urètre membraneux normal. Urètre antérieur : quelques glandes qu'on coagule

De nouveau, les filaments disparaissent, puis, malgré les lavages, ils reparaissent.

Le 14 janvier 1932, 8^e urétroscopie. Urètre prostatique : très forte infiltration molle du col. Coagulation. Rien ailleurs.

Les filaments sont alors peu nombreux, mais toujours persistants.

Le 7 mars, 9^e urétroscopie. Infiltration molle de l'urètre prostatique, rien ailleurs. Coagulation.

Le 18 avril, 10^e urétroscopie : le col vésical et l'urètre prostatique sont le siège d'une infiltration molle assez considérable, que l'on coagule ainsi que quelques bulles d'œdème.

Actuellement (mai 1932), les filaments persistent toujours dans les urines, mais moins nombreux.

A noter dans ce cas :

1^o Malgré des examens répétés et des cultures, on n'a jamais trouvé aucun microbe.

2^o L'insuffisance des résultats semble due à la difficulté d'atteindre les lésions situées trop profondément dans l'épaisseur de la muqueuse.

OBSERVATION XVII

F... Henry. Vient consulter le 2 mai 1930, pour un écoulement très léger, apparu depuis huit jours.

Aucune atteinte urétrale antérieure.

Actuellement, mictions normales. Urines : 1^{er} verre clair, avec filaments lourds ; 2^e verre clair. Prostate : normale, sans filaments à l'expression. Examen bactériologique : pus sans microbes.

Quelques lavages au permanganate n'apportent aucune amélioration.

On passe aux lavages au nitrate d'argent, accompagnés de dilatation et de massages de prostate.

Le 29 mai, on arrête la dilatation en raison de l'étroitesse du méat qui ne permet pas de dépasser le 54 béniqué : on

continue les massages qui ramènent après l'expression des filaments abondants. Un mois après, la prostate ne rend plus rien, les filaments du premier verre ont diminué, mais ils persistent.

Le 1^{er} juillet, urétroscopie. Urètre prostatique : infiltration molle. Coagulation. Urètre membraneux, urètre antérieur normaux.

Quinze jours après, les urines sont parfaitement claires, à la suite de quatre lavages au nitrate d'argent.

En mai 1931, le malade revu est en parfaite santé.

OBSERVATION XIX

G... Louis. Vient consulter le 15 février 1928 pour un écoulement datant d'un mois. Pas d'atteinte urétrale antérieure.

Actuellement, mictions augmentées de fréquence depuis quelque temps, 7 à 8 fois la journée, 4 à 5 fois la nuit. Urines : premier verre trouble ; deuxième verre clair. Examen bactériologique de la goutte et des urines centrifugées : pus, sans microbes. Prostate : empâtée, mal limitée, un peu douloureuse.

On commence des lavages au protargol, à raison de 1 gramme par litre ; on y associe les massages de prostate.

Comme, au bout d'une quinzaine, il n'y a pas d'amélioration notable, on dilate le canal à partir du n° 40 béniqué. On atteint le n° 51 qu'on ne peut dépasser en raison de l'étroitesse du méat. En même temps, on remplace le protargol par le nitrate, et on continue les massages.

Le 31 mars, les urines sont claires, mais le premier verre contient des filaments.

Urétroscopie ce même jour. Urètre prostatique : œdème bulbeux et infiltration molle considérable, veru œlématié ; coagulation. Urètre membraneux, saigne un peu. Urètre antérieur : quelques glandes qu'on coagule.

On fait ensuite 3 lavages au nitrate.

Le malade revient le 1^{er} mai. Urines : premier verre clair, filaments purulents ; deuxième verre clair.

Le 2 mai, deuxième urétroscopie : urètre prostatique : infiltration molle et œdème bulbeux en quelques points. Coagulation. Urètre membraneux, urètre antérieur, normaux.

On fait encore deux lavages au nitrate. Quinze jours après, les urines sont claires et la guérison est acquise deux mois après.

On peut voir, d'après ces observations, que le traitement effectué a été le même quelle que fût la forme clinique présentée par l'affection.

On note un échec : observation III, où, malgré le traitement, la spermoculture est positive.

Et un résultat insuffisant : observation XVII, où il persiste encore quelques filaments purulents bien qu'une amélioration puisse être constatée. A noter dans ce cas que tous les examens bactériologiques ont été négatifs.

Dans ces deux cas, l'insuccès semble dû à la difficulté d'atteindre les lésions, en raison de leur situation très près du col vésical ou sur sa crête même, et de leur profondeur dans l'épaisseur de la muqueuse, 4, 5 millimètres, peut-être davantage.

Conclusions.

I. — A notre avis, il n'existe pas d'urétrite de longue durée d'origine diathésique ou traumatique. L'urétrite chronique est toujours de nature infectieuse, et l'on constate la présence de pus, même si les examens microscopiques ne permettent pas de reconnaître un germe quelconque.

II. — Le siège des lésions importantes et tenaces est situé, le plus souvent, au niveau des glandes périurétrales de l'urètre prostatique, au voisinage du col vésical.

III. — L'anesthésie de l'urètre n'est, quoi qu'on en ait dit, nullement dangereuse pour le malade (20.000 anesthésies sans accident, v. chap. IV). Par ailleurs, elle est extrêmement précieuse pour pratiquer les traitements urétraux sans douleur vive.

IV. — La dilatation à vessie vide ne présente aucun inconvénient, mais offre deux avantages considérables : elle permet de faire une dilatation plus facile sur un urètre non irrité et non rétracté par un antiseptique ; elle autorise l'emploi d'un antiseptique plus concentré, et, partant, plus actif.

V. — L'urétroscopie est le complément indispensable de tout traitement d'urétrite chronique. On peut ainsi détruire par coagulation toutes les lésions de l'urètre et surtout celles de l'urètre postérieur.

VI. — Les accidents de cette méthode sont pratiquement nuls : les hémorragies sont toujours de faible importance ; nous n'avons jamais constaté de sclérose de l'urètre après le traitement.

VII. — Nous avons employé, quelle que fût la forme clinique de l'affection, — urétrite dite simple d'emblée, ou urétrite à gonocoques, — exactement le même traitement. Sur près de 1 500 cas traités par cette méthode, nous enregistrons une proportion globale d'échecs de 5 à 6 %.

Vu : le Président de thèse,
LEGUEU.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

Bibliographie.

- Barbellion (Georges)*. — Spermoculture et auto-vaccination dans la blennorrhagie chronique (Ass. fr. d'Urologie, 1924).
- Barbellion (Pierre)*. — Gonocoque latent et spermoculture. (Thèse Paris, 1927).
- Bréger*. — Comment faut-il interpréter l'épreuve des verres d'urine au cours des urétrites aiguës et chroniques (Concours Médical, 1932).
- Chauvin*. — A propos d'une mort subite à la suite d'une injection intra-veineuse de trypaflavine (J. d'Urologie, mars 1932).
- Dossot et Palazzoli*. — Les urétrites chroniques (Masson, 1932).
- Durupt et Noguès*. — Quelques considérations nouvelles sur le gonocoque latent (J. d'Urologie, mars 1927).
- Gautier*. — Les tests de la guérison de l'urétrite chronique (XXIX^e Congrès d'Urologie. Paris, 1928).
- Guepin*. — Les porteurs de germes blennorrhagiques. Quand et comment peut-on conclure à la guérison d'une gonococcie ? (Moniteur Médical. 1920-1921).
- Henry et Busson*. — Manuel d'urétroscopie postérieure. (Masson, 1931).
- Janet*. — Considérations générales sur la gonococcie chronique (Ass. fr. d'Urologie, Strasbourg, 1921).
- Quelques cas d'urétrite simple (Ass. fr. d'Urologie. Paris, 1922).
 - Diagnostic et traitement de la blennorrhagie (Masson, 1929).

- Lebreton.* — Le traitement des porteurs de germes blennorragiques (L'évolution médico-chirurgicale, décembre 1920).
- Du gonococcisme latent (Toulouse Médical, 1922).
 - Nécessité et valeur de la culture du sperme dans les urétrites chroniques (La Clinique, avril 1925).
- Le Fur.* — Traitement des urétrites à gonocoques rebelles (Ass. fr. d'Urologie, Paris, 1905).
- De la vaccinothérapie et de la sérothérapie dans l'urétrite chronique (La Clinique, avril 1925).
- Legueu et Fisch.* — Influence des causes générales sur la persistance des urétrites chroniques (Monde Médical, 1928).
- ° *Marion.* — Traité d'Urologie (Masson, 1928).
- Mock.* — Comment conduire le traitement d'une urétrite chronique ? (Monde Médical, 1928).
- Noguès.* — Des urétrites non gonococciques (Ass. fr. d'Urologie, Paris, 1897).
- Urétrite chronique (Encyclopédie fr. d'Urologie)
- Pervez.* — Le contrôle de la guérison de la blennorragie chronique et latente chez l'homme (Thèse de Bordeaux, 1921).
- Perrin (Jean).* — Les prostatites chroniques méconnues. (J. d'Urologie, 1927).
-

